موضوعات معاصرة فى علم النفس

إعداد
أ.د / خالد الفخرانى


بسم الله الرحمن الرحيم

الفصل الأول

الإعاقة العقلية

قراءات في علم النفس

الفصل الأول

الإعاقة العقلية

مقدمـــــة :

ظهـــرت في اللغة العربية العديد من المصطلحات الحديثة التي تعبر عن مفهوم الإعاقة العقلية (mental impairment, or mentally handicapped) ومـــنها مصطلح النقص العقلي (mental deficiency) ومصطلح التخلف العقلي (mental retardation) ومصـــطلح الضـــعف العقلـــي (mental subnor mal, or feeble minded) كمـــا ظهرت في اللغة العربـــية أيضا بعض مصطلحات القديمة والتي تعبر عن مفهوم الإعاقـــة العقلـــية ، والتي قل استخدامها في الوقت الحاضر ، ومـــنها مصطلح الطفل الغبي أو الطفل البليد (idiot, dumb, or dull child) ومهمـــا يكن من أمر هذه المصطلحات التي تعـــبر وبطـــريقة ما عن مفهوم الإعاقة العقلية ، فيميل الإتجاه الحديـــث فـــي التربـــية الخاصة إلى استخدام مصطلح الإعاقة العقلـــية ، وتـــبدو مـــبررات اســـتخدام ذلك المصطلح مرتبطة

باتجاهـــات الأفراد نحو الإعاقة العقلية وتغيرها نحو الإيجابية ، إذ يعـــبر مصـــطلح الإعاقة العقلية عن اتجاه إيجابي في النظرة إلى هذه الفئة ، في حين تعبر المصطلحات القديمة ، أو غيرها عن اتجاه سلبي نحو هذه الفئة .

مفهوم الإعاقة العقلية :

تعتـــبر ظاهـــرت الإعاقة العقلية من الظواهر المألوفة على مر العصـــور ، ولا يكـــاد يخلـــو مجتمع ما منها ، كما تعتبر هذه الظاهـــرة موضوعا يجمع بين اهتمامات العديد من ميادين العلم والمعرفة ، كعلوم النفس والتربية والطب والاجتماع والقانون ، ويعود السبب في ذلك إلى تعدد الجهات العلمية التي ساهمت في تفســـير هـــذه الظاهـــرة وأثرها في المجتمع ، ولذا فليس من المســـتغرب أن نجد تعريفات مختلفة لهذه الظاهرة ، وقد يكون من المناسب استعراض تلك التعريفات :

١ – التعريف الطبي (Medical Definition) :

يعتـــبر التعريف الطبي من أقدم تعريفات حالة الإعاقة العقلية ، إذ يعتبر الأطباء من أوائل المهتمين بتعريف وتشخيص ظاهرت الإعاقـــة العقلـــية ، وقـــد ركـــز التعريف على أسباب الإعاقة العقلـــية ، ففـــي عـــام ١٩٠٠ ركـــز ايرلاند (Ireland) على الأسباب المؤدية إلى إصابة المراكز العصبية ، والتي تحدث قبل

أو بعـــد الـــولادة (Macmillan, 1977, P. 33) وفـــى عـــام ١٩٠٨ ركـــز تـــريد جولد (Tredgold)على الأسباب المؤديـــة إلى عدم اكتمال عمر الدماغ سواء كانت تلك الأسباب قبل الولادة أو بعدها .

٢ – تعريف السيكومترى (Psychometric Definition) :
ظهـــر الـــتعريف الســـيكومترى للإعاقة العقلية نتيجة للتطور الواضح في حركة القياس النفسي على يد بينية في عام ١٩٠٥ (Benit) وما بعدها ، بظهور مقياس ستانفورد بينية للذكاء (Stanford-Binte Intelligence Scale) والـــذي ظهـــر نتـــيجة لعـــدد مـــن الـــتعديلات التـــي أجريت عليه في جامعة ســـتانفورد ، في الولايات المتحدة (١٩١٦ –١٩٦٠) ، ومن ثـــم ظهور مقاييس أخرى للقدرة العقلية ومنها مقياس وكسلر للذكاء في عام ١٩٤٩ (Wechesler Intelligence scale For children) وغـــيرها مـــن مقايـــيس القـــدرة العقلية ، و قـــد أعـــتمد الـــتعريف الســـيكومترى علـــى نســـبة الذكاء (Intelligence Quotient, I.Q.) كمحك في تعريف الإعاقة العقلـــية ، وقـــد أعتبر الأفراد الذين تقل نسبة ذكائهم عن ٧٥ معوقون عقليا .

٣ – التعريف الاجتماعي (Social Definition):

ظهر التعريف الاجتماعي للإعاقة العقلية نتيجة للانتقادات المتعددة مقاييس القدرة العقلية وخاصة مقياس ستانفورد بينية ، ومقياس وكسلر ، في قدرتها على قياس القدرة العقلية للفرد ، فقد وجهت أنتقاضات إلى محتوى تلك المقاييس وصدقها وتأثرها بعوامل عرقية وثقافية وعقلية واجتماعية ، الأمر الذي أدى إلى ظهور المقاييس الاجتماعية ولاتى تقيس مدى تفاعل الفرد مع مجتمعه واستجابته للمتطلبات الاجتماعية وقد نادت بهذا الاتجاه ميرسر(Mercer, 1973) وجينسن (Jenesen , 1980) و يركز التعريف الاجتماعي على مدى نجاح أو فشل الفرد في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع نظرائه من نفس المجموعة العمرية ، وعلى ذلك يعتبر الفرد معوقا عقليا إذا فشل في القيام بالمتطلبات الاجتماعية (Social Demands) المتوقعة منه ، وقد ركز كثيرون من أمثال تريد جو لد (Tredgold, 1908) ودول (Doll, 1941) وهيبر (Haber, 1959) وجروسمان (Grossman, 1973) وميرسر (Mercer, 1973) على مدى الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية كمتغير أساسي في تعريف الإعاقة العقلية ، وقد عبر عن موضوع مدى الاستجابة

للمتطلبات الاجتماعية بمصطلح السلوك التكيفى (Adaptive Behavior) ، والـــذي قيس بعدد من مقاييس السلوك التكيفى (Adaptive Behavior scales) .

تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي : (The American Association Mental Retardation, AAMR) :

ظهــر تعــريف الجمعــية الأمريكــية للــتخلف العقلـــي نتيجة للانتفاضات التي وجهت إلى التعريف السيكومترى والذى يعتمد علـــى معيار القدرة العقلية وحدها فى تعريف الاعاقة العقلية ، ونتـــيجة للانتقادات التي وجهت إلى التعريف الاجتماعي والذي يعــتمد علـــى معيار الصلاحية الاجتماعية وحدها في تعريف الإعاقـــة العقلـــية ، فقد جمع تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي بين معيار السيكومترى والمعيار الاجتماعي ، وعلى ذلك ظهــر تعــريف هيبر (Heber, 1959) والذي روجع في عام ١٩٦١ ، والذي تبنته الجمعية الأميرية للتخلف العقلي ، ويشير تعريف هيبر إلى أن :

"الإعاقـــة العقلية تمثل مستوى الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن متوسط الذكاء بانحراف معياري واحد ، ويصاحبه خلل في الســـلوك التكيفي ، ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحـــتى ســـن ١٦ " . ولكن في عام ١٩٧٣ ونتيجة للانتقادات

التـــي تعرض لها تعريف هيبر والتي خلاصتها أن الدرجة التي تمـــثل نســـبة الذكاء كحد فاصل بين الأفراد العاديين أو الأفراد المعوقيـــن عقلياً عالية جداً الأمر الذي يترتب عليه زيادة نسبة الأفـــراد المعوقين في المجتمع لتصبح ١٦٪ ، وعلى ذلك تمت مـــراجعة تعـــريف هيـــبر الســـابق ، مـــن قـــبل جروســـمان (Grossman) في عام ١٩٧٣ ، وظهر تعريف جديد للإعاقة العقلية ويشير التعريف الجديد إلى ما يلي :

"تمثل الإعاقة العقلية مستوى من الأداء الوظيفي العقلي والذي يقـــل عن متوسط الذكاء بانحرافيين معياريين ، ويصاحب ذلك خلـــل واضـــح فـــي السلوك التكيفي ، ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد سن ١٨".

وتـــبدو الفـــروق واضـــحة بيـــن تعريف هيبر في عام ١٩٥٩ وتعريف جروسمان في عام ١٩٧٣ ويمكن تخليص تلك الفروق في النقاط الرئيسية التالية :

١ – كانـــت الدرجة (نسبة ذكاء) التي تمثل الحد الفاصل بين الأفـــراد العاديين ، والأفراد المعوقين حسب تعريف هيبر ٨٥ أو ٨٤ علـــى مقـــياس وكســـلر أو مقياس ستانفورد بينـــية ، فـــي حين أصبحت الدرجة (نسبة الذكاء) التي تمثل الحد الفاصل بين الأفراد العاديين ، والمعوقين حسب

تعـريف جروسـمان ٧٠ أو ٦٩ علـى نفـس المقاييس السابقة .

٢ – تعتـبر نسـبة الأفراد المعوقين عقليا في المجتمع حسب تعـريف هسـبر ١٥,٨٦ % في حين أعتبر نسبة الأفراد المعوقين عقليا حسب تعريف جورسمان ٢,٢٧%

٣ – كـان سقف العمر النمائي حسب تعريف هيبر هو سن ١٦ سـنة ، في حين أصبح سقف العمر النمائي حسب تعريف جورسمان هو سن ١٨ سنة .

منحنى التوزيع الطبيعي :

ويعتـبر تعريف جورسمان (١٩٧٣) من أكثر التعريفات قبولا فـي أوسـاط التربية الخاصة وقد تبنت الجمعية الأمريكية هذا التعريف منذ عام ١٩٧٣ وحتى الوقت الحاضر .

نسبى الإعاقة العقلية :

تنتشـر ظاهـرت الإعاقة العقلية في كل المجتمعات ، ولا يخلو مجـتمع ما منها ، لكن نسبة انتشار تلك الظاهرة قد تختلف من مجـتمع إلـى أخر .فقد تزيد في بعض مجتمعات وقد تزيد في مجتمعات أخرى تبعا لعدد من العوامل أهمها .

١ – معيار نسبة الذكاء المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية ، فـإذا اسـتخدم في سبيل المثال المعيار الوارد في تعريف

هيــبر للإعاقـــة العقلـــية (أقل بانحراف معياري ١ عن المتوســـط) فـــأن نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع هي ١٥,٨٦ % ، فـــي حيـــن إذا أســـتخدم المعـــيار الوارد جورســـمان فـــي الإعاقـــة العقلية (أقل بانحرافيين عن المتوســـط فـــأن نســـبة الإعاقة العقلية في المجتمع هي ٢,٢٧ % .

٢ – معـــيار العمر المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية : فإذا أســـتخدم معـــيار العمـــر الـــذي ظهر في تعريف هيبر ، وجورســـمان للإعاقـــة العقلية ، فأن سقف العمر النمائي لـــدى هيبر هو سن ١٦ في حين أنه لدى الفرد في فترة العمـــر النمائية منذ الميلاد حتى سن ١٨ سنة ، وبما أن نسبة الأفراد في المجتمع الذين يشكلون الأطفال والشباب تســـاوى تقريـــبا ٥٠ % من ذلك المجتمع فأن ذلك يعنى انخفـــاض نسبة الإعاقة العقلية من ٢,٢٧ % تقريبا إلى حوالي ١٥ % تقريبا من مجموع السكان في مجتمع ما .

٣ – معـــيار الســـلوك التكـــيفى المستخدم في تعريف الإعاقة العقلـــية: ما يقصد بذلك أن الفرد المعوق عقليا هو الفرد الذي تقل نسبة ذكائه عن ٧٥ وفى الوقت نفسه يعانى من خلل واضح على مقاييس السلوك التكيفى ، ويعنى ذلك أنه

إذا أضفنا الدرجة على مقياس السلوك التكيفى لأي معايير التـــي تقرر نسبة المالمعوقين عقليا فان ذلك سوف يؤدى إلى تقليل نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع من ٢,٢٧ % إلى ١% .

٤ – العوامـــل الصـــحية الثقافية والاجتماعية : تعمل العوامل المرتبطة بالوعي الصحي والثقافي والمستوى الاجتماعي علـــى زيادة أو خفض نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع ، وتجمـــع الدراسات في هذا الموضوع إلى العلاقة العكسية بين زيادة الوعي الصحي والثقافي والاجتماعي وقلة نسبة المعوقيـــن عقلـــيا في المجتمع ، والعكس صحيح ، ولذا فلـــيس من المستغرب أن تزداد نسبة المعوقين عقليا في الدول النامية مقارنة مع الدول الصناعية المتقدمة ، ففي دولـــة كالسويد مثلا تبلغ نسبى الإعاقة العقلية ٠,٤ % ، فـــي حيـــن تبلغ نسبة المعوقين في دول أمريكا اللاتينية حوالي ١١,٣ % وتبلغ نسبة المعوقين في الدول العربية ٣,٨ % تقريبا .

وقـــد يكـــون مـــن المناسب أن نشير إلى مصطلحين رئيسيين يرتـــبطان بموضـــوع انتشـــار ظاهـــرة الإعاقة العقلية ، الأول ويســـمى نســـبة الحدوث أو التكرار (Incidence) ويقصد به

نســبة حالات الإعاقة العقلية التي تظهر في فترة زمنية محددة بالمقارنة مع مجموع السكان الكلى أو التكرار (Prevalence) ويقصد به نسبة حالات الإعاقة العقلية بشكل عام في المجتمع ، حيــث تجمــع هــذه النسبة بين الحالات القديمة والجديدة في المجتمع ، وتشكل هذه النسبة في الغالب ٣%.

تصنيف الإعاقة العقلية :

تصــنف الإعاقــة العقلية إلى فئات حسب معايير مختلفة ، فقد تصــنف الإعاقــة العقلــية بحسب الأسباب التي أدت إليها ، أو بحســب درجــة الذكاء ، أو بحسب الشكل الخارجي أو بحسب القدرة على التعلم والتوافق الاجتماعي .

تصنيف الإعاقة العقلية بحسب الأسباب (Classification by Causes):

وهــنا تقســم الإعاقة العقلية بحسب الأسباب التي أدت إليها ، ومنها

أ – الإعاقــة العقلــية الأولية التي تعود إلى أسباب تحدث أثناء فــترة الحمل ، أو أثناء فترة الولادة (Perinatal Causes) أو بعدها (Postnatal Causes) وغالبا ما يطلق على هذه العوامل أو الأسباب البيئية .

تصنيف الإعاقة العقلية إلى فئات بحسب الشكل الخارجي المميز لكل فئة منها : ومن هذه العوامل أو الأسباب البيئية .

تصنيف الإعاقة العقلية إلى فئات بحسب الشكل الخارجي المميز لكل فئة منهما ، ومن هذه الفئات :

١ – المنغولية (Mongolism) :

وتسمى هذه الحالة باسم عرض دوان (Down,s Syndrome) نسبة إلى الطبيب الإنجليزي (John Down في عام ١٨٦٦ حيث قدم محاضرة طبية حول المنغولية كنوع من أنواع الإعاقة العقلية ، وقد لاقى مثل هذا الاسم ترحيبا في أوساط المهتمين بالإعاقة العقلية . وتشكل حالة المنغولية حوالي ١٠ % من حالات الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة ويمكن التعرف على هذه الحالة قبل عملية الولادة وأثنائها ، كما ترتبط هذه الحالة بعمر الأم إذ تزداد نسبة هذه الحالة مع زيادة عمر الأم وبخاصة بعد عمر ٣٥ سنة . ويبين الدول رقم (٧) العلاقة بين عمر الأم ونسبة الولادات المنغولية ، ثم نسبة حدوثها فيما بعد (MacMillan,1977,P.120) .

الجدول رقم (٧) العلاقة بين عمر الأم ونسب وتكرار حالات المنغوليين

عمر الأم تكرار الحدوث	نسبة الحدوث	نسبة
٢٠ – ٣٠	١ : ١٥٠٠	١ : ٥٠٠
٣٠ – ٣٥	١ : ٦٠٠	١ : ٢٥٠
٣٥ – ٤٠	١ : ٣٠٠	١ : ٢٠

أمـــا أســـباب هذه الحالة فتعود إلى اضطراب في الكر موسوم رقـــم ٢١ حيـــث يظهـــر زوج الكرموســـومات هذا ثلاثيا لدى الجنين ، وبذا يصبح عدد الكروموسومات لدى الجنين في حالة المنغولية ٤٧ كر موسوما لا ٤٦ كر موسوما كما هو الحال في الأجـــنة العادية ، وهناك أسباب أخرى لحدوث حالات المنغولية تعـــود إلى خطأ ما في موقع الكروموسوم (Transiocation) ولكن نسبة هذه الحالات قليلة جدا ولا ترتبط بعمر الأم كما هو الحـــال في حالات اضطرابات الكرموسوم رقم ٢١ والذي يرتبط بعمـــر الأم أما أهم الخصائص العقلية لهؤلاء ، فيمكن تصنيف هـــؤلاء ضمن فئة الإعاقة العقلية البسيطة والتي تتراوح نسبة ذكائهـــا مـــا بين ٥٥ – ٧٠ ، كما يتميز المنغولين بخصائص جســـمية مميزة حيث الوجه المسطح وصغر حجم الأنف المائل

قليلا ، والعيون الضيقة الممتدة باتجاه عرضي ، وكبر حجم الأذنين ، وظهور اللسان خارج الفم ، والاضطرابات في شكل الأسنان ، وأيديهم وأصابعهم قصيرة ، وكذلك رقابهم . (MacMillan,1977,P.122)

٢ – حالات اضطرابات التمثيل الغذائي (.Phenyiketonuria,Pku)

يعود اكتشاف اضطرابات التمثيل الغذائي كسبب في الإعاقة العقلية إلى الطبيب النرويجي فولنج (Asbjorn Follig)في عام ١٩٣٤ ، فقد لاحظ فولنج أثناء فحصه الطبي الروتيني لأحد الأطفال تغير لون بول الطفل ، عند إضافة حامض الفيريك ، من اللون الأحمر البني إلى اللون الأخضر ، وقد عزا فولنج حدوث الإعاقة العقلية لدى هؤلاء الأطفال إلى اضطرابات التمثيل الغذائي لحامض الفينلين (Amino Acid) كفاءة الكبد في إفراز الأنزيم لعملية التمثيل الغذائي لحامض الفينلين ، وبسبب من سوء هضمه بالطريقة المناسبة ، فيظهر في الدم بمستويات عالية كمادة سامة للدماغ ، تماما كالمواد السامة الأخرى ، بحيث تؤدي إلى اضطرابات في الخلايا العصبية للدماغ ومن ثم إلى الإعاقة العقلية .

وتبدو أهم الخصائص العقلية لهؤلاء في أن نسب ذكائهم تدور حوالـــي الـــ ٥٠ أو أقل من ذلك ، أما أهم الخصائص الجسمية لهـــؤلاء فتبدو في الجلد الناعم ، وفى بعض الحالات يبدو حجم الرأس صغيرا .

هـــذا ويمكـــن معالجة حالات الـــ (Pku) إذا ما اكتشفت مبكرا وبخاصـــة في الأسابيع الأولى للولادة ، وقد يكون من المناسب إجراء الاختبارات الطبية التالية :

أ – اختبار حامض الفيريك (Ferric Chioride Test) وفي هذا الاختبار تخلط بعض النقاط من حامض الفيريك مع بول الطفـــل فإذا تغير لون البول إلى اللون الأخضر فيعنى ذلك وجود حالة الـــ (Pku) لدى الطفل .

ب – اختـــبار شـــريط حامض الفيريك Ferric Chioride) (Reagent Strip Test وفى هذا الاختبار يوضع شريط حـــامض الفـــيريك فـــي بول الطفل أو على فوطة الطفل ثم يقـــارن لـــون الشـــريط مع لوحة الألوان التي تبين وجود الحالة من عدمها.

ج – اختبار غثرى (Guthrie Intibition Assay Test): وفى هذا الاختبار تؤخذ من كعب الطفل عينة من الدم ، فإذا أظهـــر أن مســـتوى الفنيليـــن فـــي الدم هو ٢٠ مليجرام

لكل ١٠٠ ملم من الدم فان ذلك يعنى وجود حالة ال (Pku) لدى الطفل . ومن المناسب الإشارة إلى أن نسبة حالات ال (PKU) بالنسبة لتعداد المجتمع بشكل عام هي حالة لكل ٢٥ ألف حالة ، وتشير تقديرات أخرى ، إلى أن هذه النسبة هي ١ : ١٢,٥٠٠ :وتعتمد هؤلاء برامج غذائية معينة ومحددة تقوم على أساس التقليل ما أمكن من الفيتامينات والفنيلين (MacMillan,1977,P. 129).

٣ – القماءة (Cretinism) :

تعتبر القماءة مظهرا من مظاهر الإعاقة العقلية ، ويقصد بها قصر القامة الملحوظ مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها والمصحوبة عادة بالإعاقة العقلية وتعود أسباب هذه الحالة إلى نقص في إفراز هرمون الثيروكسين الذي تفرزه الغدة الدرقية . وقد اعتبرت حالة القماءة مرادفة للإعاقة العقلية بسبب الارتباط بينهما ، وتبدو أهم الخصائص المميزة لهذه الحالة في جفاف الجلد والشعر واندلاع البطن ، والتخلف العقلي .

٤ – صغر حجم الدماغ (Microcephaly):

وتبدو مظاهر هذه الحالة في صغر حجم محيط الجمجمة (Small Skull Circum-Ference) والتي تبدو واضحة

منذ الميلاد ، مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها الفرد ، وفي صعوبة التآزر البصري الحركي وخاصة للمهارات الحركية الدقيقة ، وتتراوح القدرة العقلية لهؤلاء ما بين الإعاقة العقلية البسيطة والمتوسطة ويعتقد أن سبب هذه الحالة يبدو في تناول الكحول والعقاقير أثناء فترة الحمل ، وتعرض الأم الحامل للإشعاع .

٥ – كبر حجم الدماغ (Macrocephaly):

وتبدو مظاهر هذه الحالة في كبر حجم محيط الجمجمة (Large Skull Circum –Ference) مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها ، وتتراوح القدرة العقلية لهؤلاء ما بين الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة ، وتبدو مظاهر هذه الحالة واضحة منذ الولادة (كما هو الحال في حالات صغر حجم الدماغ) ، ويعتقد أن أسباب هذه الحالة ترجع إلى عوامل وراثية.

٦ – حالة استسقاء الدماغ (Hydrocephaly) :

وتبدو مظاهر هذه الحالة في كبر حجم الجمجمة مقارنة مع المجموعة العمرية التي تنتمي إليها ، وتصاحب هذه الحالة وجود سائل النخاع الشوكي داخل أو خارج الدماغ وتعتمد درجة الإعاقة العقلية في هذه الحالة على الوقت الذي تكتشف

فيه هذه الحالة وعلاجها ، حيث تتضمن المعالجة سحب السائل الـــزائد بعملية جراحية وقد تعود أسباب هذه الحالة إلى عوامل وراثـــية أو مرضـــية وخاصـــة مـــرض (Cytomegatic Inclusion Disease أو مـــرض (Toxoplasmosis) وقد تصاحب هذه الحالة مظاهر أخرى للإعاقة .

تصـــنيف الإعاقـــة العقلـــية إلى فئات حسب معيار نسب الذكاء المقاســـة باســـتخدام مقاييس القدرة العقلية كمقياس ستانفورد بينـــية ، أو مقـــياس وكسلر للذكاء ، وعلى ضوء ذلك تصنف الإعاقة العقلية إلى الفئات التالية: -

أ – الإعاقة العقلية البسيطة (Mild Retardation) وتتراوح نســـب الذكاء لهذه الفئة ما بين ٥٥ – ٧٠ كما يطلق على هـــذه الفئة مصطلح القابلون للتعلم (Educable Men-Tally Retaded,EMR) وتتمـــيز هذه الفئة بخصائص جســـمية وحركية عادية وبقدرتها على التعلم حتى مستوى متوسط من المهارات المهنية .

ب – الإعاقـــة المتوســـطة العقلـــية (Causes Of Menal : Retardation)

لقـــد تحـــدد بعـــض أسباب الإعاقة العقلية بطريقة ملحوظة في العقـــود القلية السابقة نتيجة للتقدم العلمي الواضح في ميادين الطـــب والعلوم الأخرى ذات العلاقة ، ومع ذلك فإن ٧٥ % من

أسباب حالات الإعاقة العقلية غير معروفة حتى الآن . وينصب الحديث على ٢٥% من الأسباب المعروفة للإعاقة العقلية فقط ، كما أن البرامج الوقاية من الإعاقة العقلية تركز على الأسباب المعروفة للإعاقة العقلية .

تقسم أسباب الإعاقة العقلية إلى ثلاث مجموعات رئيسية هي :

أولا : أسباب ما قبل الولادة :(Prenatal Causes)

ثانيا : أسباب أثناء الولادة :(Perinatal Causes)

ثالثا : أسباب ما بعد الولادة :(Postnatal Causes)

أولا – أسباب ما قبل الولادة :

تقسم مجموعة أسباب ما قبل الولادة إلى قسمين :

أ – العوامل الجينية (Genetic Factors)

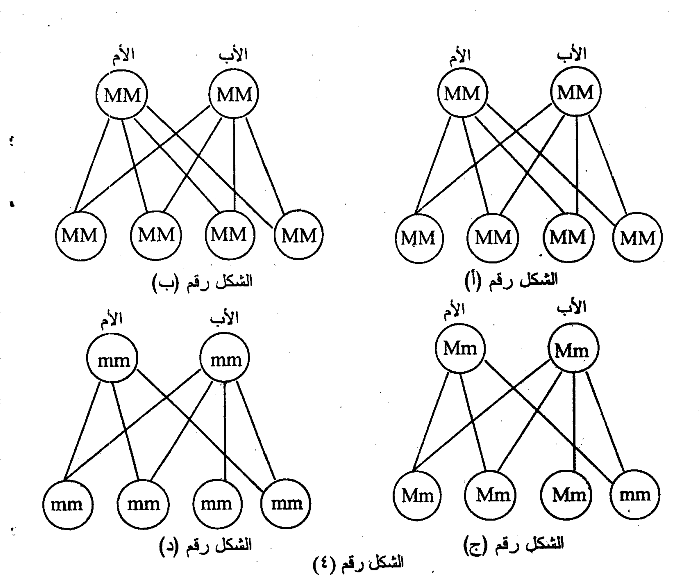
ب- العوامل غير الجينية ، أي العوامل البيئية التي تحدث أثناء فترة الحمل .

أ – العوامل الجينية :

ويقصد بالعوامل الجينية العوامل الوراثية التي تنتقل عن طريق الجينات المحمولة على الكروموسومات ، ففي الخلية المخصبة يوجد ٤٦ كروموسوما نصفها من الأب ونصفها الآخر من الأم ، وتوجد هذه الجينات وما تحمله من جينات وراثية (Genotype) على ثلاثة أشكال : الأول الجينات السائدة (Dominant Genes) والثاني الجينات الناقة (Carrier Genes) والثالث الجينات المتنحية (Resessive Genes)

فإذا كانت هذه الجينات سائدة لكل من الأب والأم فلا مشكلة في الأشكال الناتجة (Phenotype)، وغالبا ما يشبه الطفل الوليد أبويـــه في بعض تلك الصفات (قانون التشابه في الوراثة) ، ولكـــن قد توجد هذه الجينات بصفة ناقلة لدى الأب وناقلة لدى الأم ، وفى هذه الحالة يختلف الطفل الوليد عن أبويه في بعض تلـــك الصـــفات (قانون الاختلاف في الوراثة) أما في الحالة الثالثة فقد تلتقي في الطفل

الوليد صفة متنحية من كل من الأب والأم ، نتيجة لظهور هذه الجيـــنات بصـــفة متنحية لدى كل من الأب والأم معا ، وهذا ما يفســـر اخـــتلاف صـــفة ما في الطفل الوليد عن أبويه (قانون الـــتراجع في الوراثة) ، وتجب الإشارة إلى أن التقاء جين ما يحمـــل صـــفة مـــا في الأب مع مثيله من الأم ، يخضع لعامل الصـــدفة ويوضـــح الشكل رقم (٤) ، كيفية التقاء هذه الجينات نتـــيجة لعـــامل الصدفة ، ولنأخذ القدرة العقلية كمثال على ذلك ونرمز لها بالحرف MM كصفة سائدة وبالحرف MM كصفة ناقلة وبالحرف mm كصفة متنحية .



الشكل رقم (٤)

التقاء الصفات الوراثية السائدة والناقلة والمتنحية

وتفسـير ذلـك كمـا يلي ، ففي الشكل رقم (أ) ونتيجة للصفة السـائدة كل من الأبوين فإن الناتج هو صفة نقية لدى الناتج ، أي أن الطفـل يرث القدرة العقلية بصفتها السائدة (النقية) من الأبويـن ، أما في الشكل رقم (ب) ونتيجة لظهور الصفة بشكل سـائد لدى الأب وبشكل ناقل أو متنحى لدى الأم فإن الناتج هو حالتيـن ناقلتيـن ، وحالتيـن نقيتيـن (٢:١) ، أما في الشك

لرقم (ج) ونتيجة لظهور الصفة بشكل ناقل لدى كل من الأبوين فـــإن الـــناتج هو حالة واحدة نقية ، وحالتين ناقلتين ، وحالة مصـــابة (١:٢:١) ، أمـــا فـــي الشكل رقم (د) ونتيجة لظهور الصـــفة بشـــكل متـــنحى لدى كل من الأبوين فإن جميع الناتج مصاب .

وقد تفسر الأشكال السابقة الأربعة ظهور حالات الإعاقة العقلية لدى بعض الأسر العادية كما هو الحال في الأشكال ب ،ج ولدى الأســـر المصابة بالإعاقة العقلية وانتقال هذه الصفة إلي الأبناء كما هو الحال في الشكل رقم (د).

هذا وقد يحدث خلل ما في التقاء الكروموسومات نتيجة لعوامل كيميائـــية أو بيوكيميائـــية أو نتيجة لعوامل أخرى بحيث يؤدى ذلـــك إلـــى ظهـــور الإعاقة العقلية ، كما هو الحال في حالات المنغولـــية أو حالات الــ (Pku) أو حالات كبرا أو صغر حجم الدمـــاغ ، (راجـــع تصـــنيف الإعاقـــة العقلـــية بحسب الشكل الخارجي) .

ب – العوامل غير الجينية :

ويقصد بها كل العوامل البيئية التي تؤثر على الجنين منذ لحظة الإخصاب وحتى نهاية مرحلة الحمل و أهمها :

١ – الإمراض التي تصيب الأم الحامل :

و يقصـد بهـا علـى وجه الخصوص ، مرض الحصبة الألمانـية (Geman RU –Bella,Measles) والزهـري (Syphilis) والالـتهابات وخاصـة مـرض (Toxoplas-mosis) فقد يؤدى فيروس الحصبة الألمانية إلى خلل في نمو الجهـاز العصبي المركزي للجنين وخاصة في المراحل الأولى لـنمو الجنين ، وقد يؤدى فيروس الحصبة الألمانية إلى أشكال أخرى من الإعاقة العقلية كحالات صغر حجم الدماغ واستسقاء الدمـاغ ، كمـا قد يؤدى إلى الإصابة بالشلل الدماغي والإعاقة البصرية ، والإعاقة السمعية . ومن الأمراض الأخرى المعروفة والتـي تصاب بها الأم الحامل وتؤثر في نمو الجنين وإصابته بأشـكال مخـتلفة مـن الإعاقـة المـرض المعـروف باسـم (Cytomegatic Inclusion Disease) إذ يـؤدى فيروس هذا المرض إلى إصابة الطفل بواحدة أو أكثر من حالات الإعاقة ، كالإعاقـة العقلـية ، وصـغر حجـم الدمـاغ ، وفقر الدم ، واستسقاء الدماغ ، والإعاقة السمعية والاضطرابات العصبية .

أما إصابة الأم الحامل بمرض الزهري (السفلس) فيؤدي إلى ولادات أطفـــال مشوهين أو ميتين أو مصابيين بحالات الإعاقة العقلـــية ، أو أشـــكال أخـــرى من الإعاقة السمعية والبصرية وحـــالات أخرى من الاضطرابات الجسمية ، حيث يغزو فيروس الزهـــري الجنيـــن فـــي الأسابيع الأولى لنموه ويؤدي إلى تلف الجهاز العصبي المركزي .

٢ – سوء التغذية (Malnutrition):

تعتـــبر التغذية الجيدة للأم الحامل عاملا مهما من عوامل نمـــو الجنيـــن وسلامته الجسمية والعقلية ، ومن هنا كان من الضـــروري أن تحـــتوى غـــذاء الأم علـــى المـــواد الأساسية كالبروتيـــن والكربوهـــيدرات ، والفيتاميـــنات والمياه المعدنية اللازمـــة لـــنمو الخلايا الدماغية للجنين ، في حين أن التغذية السـيئة للأم الحامل عاملا رئيسيا من عوامل الإصابة العقلية ، أو مظاهـــر أخـــرى من الإعاقة ، كالنقص الواضح في مظاهر الطول والوزن مقارنة مع الأطفال العاديين .

٣ – الأشعة السينية (X- Ray) :

يعتـــبر تعـــرض الأم الحامل لأشعة x وخاصة في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل من العوامل الرئيسية للإصابة بالإعاقة العقلـــية ، حيـــث تـــؤدي هذه الأشعة إلى تلف الخلايا الدماغية

للجنين بطريقة ما أو بأخرى كما أن تعرض الأم الحامل لمصادر الإشـعاع (Radiation Sources) يؤدى إلى إصابة الجنين بالإعاقـة العقلـية أو حـالات أخرى من الإعاقة أو الأمراض كمـرض اللوكيميا (Leukemia) أو السرطان أو صغر حجم الدمـاغ (Microcephaly) والتي يصاحبها في العادة الإعاقة العقلية ، ولذا تنصح الأمهات الحوامل بعدم التعرض إلى أشعة x أو إلـى أي مصـدر من مصادر الإشعاع ، وقد ظهرت الآن أجهـزة حديثة كجهاز الأمواج فوق الصوتية (Uitr-asound) والذي يعطى الطبيب معلومات عن الجنين واضطرابات الحمل ، إذ يعتبر هذا الجهاز أكثر سلامة من استخدام x أو ما شابهها .

٤ – العقاقير والأدوية (Chemicals ,Drugs):

تعتـبر العقاقـير والأدويـة والمشروبات الكحولية سببا رئيسيا من أسباب الإصابة بالإعاقة العقلية أو حالات أخرى من الإعاقـة ، ويعـتمد الأمـر علـى نـوع تلك العقاقير والأدوية والمشروبات الكحولية وحجمها .

ومـن الأدويـة التي قد تؤدى إلى تلف الخلايا الدماغية للجنين الأسبرين ، وبعض المضادات الحيوية والأنسولين والهرمونات الجنسية ، والأدوية الخاصة بعلاج الملاريا ، والحبوب المهدئة

ويـــبدو تأثـــير هـــذه الأدوية في التشوهات الخلقية أو خلل في الجهـــاز العصبي المركزي ، كما يؤثر التدخين والغازات بشكل عـــام إلـــى نقـــص واضح في وزن الجنين مقارنة مع المعدل الطبيعـــي لوزن الأطفال العاديين . أما تأثير تعاطى الكحول لدى الأم الحـــامل فيبدو في مشكلات نمو الجنين وحالات صغر حجم الدمـــاغ هذا بالإضافة إلى مشكلات في التآزر الحركي فيما بعد الولادة لدى الطفل الوليد وقد تؤدي حالات الإدمان على الكحول إلى إصابة الجنين بالإعاقة العقلية أو الإجهاض .

٥ – تلوث الهواء والماء (Air and Water pollution)

تعتـــبر العوامل المتعلقة بتلوث الماء والهواء من العوامل المشـــكوك فـــي أثرها على نمو الجهاز العصبي المركزي لدى الجنيـــن ، إذ إن تعـــرض الأم الحامل لهذه العوامل وخاصة في البيـــئات التـــي تزداد فيها نسب تلوث الهواء والمياه بالغازات والمواد العادمة ، ونتاج المصانع الغازية السامة يؤدي بطريقة مـــا إلى خلل في الجهاز العصبي المركزي للجنين وبالتالي إن المشـــكلات قد تبدو على شكل الإعاقة العقلية ، أو البصرية أو الوفاة .

٦ – اختلاف العامل الرايزسي(Rh Factor) :

يعتـــبر اخــتلاف العامل الرايزسي بين الأم والجنين أحد العوامــل الهامــة والمســببة لحالات الإعاقة العقلية أو حالات أخرى من الإعاقة والتشوهات الولادية .

ويعــرف العــامل الرايزســي علــى أنه أنتنيجين موجود في الــدم(وســمي كذلك إلى نوع من القرضة توجد في جبل طارق اكتشفت فيها هذا العامل)، ويوجد هذا العامل بصفة سائدة لدى ٨٥% مــن البشر في حين أنه يوجد بصفة سالبة لدى ١٥% من البشر .ويبدو الرايزسي في حالة واحدة هي اختلاف العامل الرايزسي بين الأب والأم . ويوضح الشكل رقم (٥) ذلك .

نتائج اختلاف العامل الرايزسى بين الآم والأب لدى الجنين :

ففي الشكل السابق سالب لدى الأم ، وبسبب سيادة العامل الموجب ، فسوف يظهر العامل الرايزسى لدى الجنين موجبا ، وفــي هــذه الحالــة يخــتلف العامل الرايزسي للأم عنه لدى الجنيــن ، الأمــر الذي يؤدى إلى إطلاق الأم لمضادات حيوية لكريات الدم الحمراء لدى الجنين بحيث تدمرها ، كما تؤدى إلى حالــة من تميع الدم (Bilirubln) ، وحين يصل إلى مستوى تسمم الدم

الأم الأب

RH- RH

RH

بســـبب من عجز كبد الجنين لتمثيل تميع الدم ، فإن ذلك يؤدي إلـــى تلـــف أو خلـــل في الخلايا الدماغية ، وقد توصل الطب الحديث اليوم إلى طريقة تفادي مشكلة اختلاف العامل الرايزسي بيـــن الأم والجنين ، وتبدو هذه الطريقة في حقن الأم بإبرة بعد ولادة الطفـــل بــــ ٧٢ ساعة ، وتحتوى هذه الإبرة على مادة (Gamma Globulin) وتـــبدو مهمة هذه الإبرة في إيقاف إنـــتاج الأجســـام المضـــادة لدى الأم والتي تعمل على مهاجمة كريات الدم الحمراء لدى الجنين .

ثانيا – مجموعة أسباب أثناء الولادة :

ويقصـــد بهذه المجموعة من أسباب الولادة ، تلك الأسباب التي تحـــدث أثناء فترة الولادة ، والتي تؤدي إلى الإعاقة العقلية أو غيرها من الإعاقات ، ومنها :

١ – نقص الأوكسجين أثناء عملية الولادة (Asphyxia) : قد تـــؤدي حـــالات نقص الأوكسجين لدى الأجنة أثناء عملية الـــولادة إلى الموت الجنين أو إصابته بإحدى الإعاقات ، ومنها الإعاقة العقلية بسبب إصابة قشرة الدماغ للجنين ، كمـــا تتعدد الأسباب الكامنة وراء نقص الأوكسجين أثناء عملية الولادة لدى الجنين . كحالات التسمم (Toxemia) أو انفصـــال المشيمة (Placental Separation) أو

طول عملية الولادة أو عسرها ، أو زيادة نسبة الهرمون الذي يعمل على تنشيط عملية الولادة Oxytocin) .

٢ – الصــدمات الجسدية (Physical Trauma) : قد يحدث أن يصــاب الجنيــن بالصدمات أو الكدمات الجسدية أثناء عملــية الــولادة ، بسبب طول عملية الولادة أو استخدام الأدوات الخاصــة بــالولادة ، أو استخدام طريقة الولادة القصــيرية (Sezurian) بسبب ومن وضع رأس الجنين أو كــبر حجمه مقارنة مع عنق رحم الأم ، مما قد يسبب الإصــابة في الخلايا الدماغية أو القشرة الدماغية للجنين وبالتالي الإعاقة ومنها الإعاقة العقلية .

٣ – الالــتهابات التي تصيب الطفل (Infections): إذ تعتبر إصــابة الجنيــن بالالــتهابات ، وخاصة التهاب السحايا (Meningitis) مــن العوامــل الرئيســية في تلف أو إصــابة الجهــاز العصبي المركزي ، وقد يؤدي ذلك إلى وفــاة الجنيــن قــبل ولادته ، أو إلى إصابة الأجنة إذا عاشــت بالإعاقة العقلية أو غيرها من الإعاقات (راجع الأمراض التي تصاب بها الأم الحامل) .

ثالثا – أسباب ما بعد الولادة :

يقصـــد بهـــذه المجموعـــة من الأسباب كل الأسباب التي تـــؤدي إلـــى الإعاقة العقلية بعد عملية الولادة ، ومع ذلك فمن المناســـب أن نشـــير إلى بعض حالات الإعاقة العقلية التي قد تظهـــر بعد عملية الولادة والتي هي نتاج لعوامل حدثت قبل أو أثـــناء عملـــية الـــولادة ومنها على سبيل المثال حالات الفنيل كيتونوريا (phenylketonuria)(راجع حالات الــ (pku)) وحـــالات التي – ساكس(Tay - Sachs) والتي تحدث نتيجة لعـــدم وجود أحد الأنزيمات الضرورية لتمثيل المواد الدهنية ، ومن أسباب ما بعد الولادة الرئيسية للإصابة بالإعاقة العقلية :

١ – ســـوء التغذية (Malnutrition) : قد أشرنا إلى أهمية الـــتغذية الجيدة للأم الحامل فترة الحمل ، وأثر ذلك على نمـــو الجنيـــن ، وعلاقة ذلك بالإعاقة العقلية ، كما تبدو أهمـــية التغذية الجيدة أيضا بعد عملية الولادة ، إذ يشكل سوء التغذية وخاصة في المناطق الفقيرة سببا رئيسيا من أســـباب حـــالات الإعاقـــة العقلـــية ، ومـــن هنا كان من الضروري أن يتضمن غذاء الطفل بعد الولادة على المواد الرئيســـية اللازمـــة لـــنمو الجســـم كـــالمواد البروتينية

والكربوهيدراتية الفيتامينات ، خاصة فيتامين A ، ب٦ ، ب١٢، د.

٢- الحوادث والصدمات : تعتبر الحوادث والصدمات الجسمية والتي بشكل مباشر على الخلايا الدماغية سببا رئيسيا من أســباب الإصــابة بالإعاقة العقلية ، وما يصاحب ذلك من نقص في الأكسجين أو تلف للخلايا الدماغية .

٣- الأمــراض والالتهابات : كثيرا ما يتعرض الطفل وخاصة فــي الســنوات الأولى من عمره إلى عدد من الأمراض ، وقــد يكــون مــن نتائجها ارتفاع درجة حرارة الطفل ، وخاصة في حالات السحايا ، والحصبة ، والتهاب الجهاز التنفســي وإلــخ ...... وقــد يؤدي ارتفاع درجة حرارة الطفــل إلــى إصــابة الجهاز العصبي المركزي للطفل ، وبالتالي إلى الإعاقة العقلية .

٤ – العقاقير والأدوية : ويقصد بذلك مجموعة العوامل التي قد تؤدي إلى تلف في الجهاز العصبي المركزي ومنها حالات التسمم واستعمال العقاقير المهدئة ، وتلوث البيئة بالمواد الغازية السامة .

اتجاهات تعليمية وتأهيلية

فى علاج التخلف العقلى

استعرضنا فيما سبق قليلا من المجهودات المضنية التى قام بها علمــاء الــنفس خــلال أكــثر من قرن من الزمان فى محاولة للتعرف على طبيعة التخلف العقلى وأسبابه .

وقــد تعدت تلك المجهودات طبيعة المشكلة إلى محاولة الكشف عــن خصــائص المتخلفين عقليا من الناحية السلوكية وأوجه الشــبه والاخــتلاف بينهم وبين الأسوياء وبيان كيف يسلكون وكــيف يتعلمون استجاباتهم ويستجيبون فى المواقف المختلفة فى محيط الأسرة والمدرسة وفى تعاملهم مع الآخرين .

والســؤال الآن هو : ماذا يمكن أن نفيد من ذلك العرض ؟ هل نســتطيع تقديــم الخدمات لهم بما يتمشى مع مشكلاتهم وأوجه قصــورهم ؟ وهــل يمكــن أن نقودهــم إلى توافق أفضل فى المدرسة وفى المنزل وفى الحياة بوجه عام ؟

كانت أولى المحاولات فى علاج التخلف العقلى تلك التى قام بها الأطــباء . كانــت هذه المحاولات تجرى على أفراد الأمر الذى صــبغها بصــبغة إكلينيكــية . ثــم تطورت هذه الخدمات حتى أصــبحت تقدم فى صورة خدمات تعليمية فى فصول خاصة فى مدارس عادية ، أو فى معاهد تعليمية كانت أو اجتماعية . مما

يجعلــنا نتمســك بوجهــة الــنظر الإكلينيكية أن نجاح الحالات وفشلها وربما نجاح البرنامج وفشله لا بد وأن يكون فى ضوء ما يسفر عنه البرنامج لكل حالة على حدة .

وفـــى هذه البرامج لا بد من توافر التعاون والفهم المتبادل بين العاملين فالمدرس بما لديه من معلومات يومية عن الطفل يلى الآباء فى الأهمية والاخصائى النفسى بأدواته وملاحظاته يعطى للحــوادث والســلوك دلالتها السليمة . والإخصائى الاجتماعى يــربط هذه المعلومات بالبيئة والمجتمع ، والكل يرجع بها مرة أخرى إلى الطفل لمحاولة التوصل إلى ما يمكن عمله من أجله.

فتاريخ علم النفس وتطوره حافلان بالمحاولات المختلفة لتقديم الخدمـــات المناسبة للمتخلفين عقليا وبالرغم من أن هذا الكتاب ليس بالمناسبة التى توضح فيها هذه التفصيلات إلا أننا نوجزها لأهميـــتها الـــبالغة فى تصور نوع الخدمات التعليمية والعلاجية الممكـــنة حتى تكون مقدمة لشرح الاتجاهات الأخرى فى علاج التخلف العقلى

محاولة إيتارد Itard :

كـــان الطبيب " إيتارد " أو من حاول علاج التخلف العقلى على أســـاس فلســـفة واضـــحة . ففى (١٧٩٩م) جئ إليه بطفل فى حوالـــى الثانية عشرة من عمره (أسماه فيكتور) وجد فى غابة

أفيرون بفرنسا . وكان الطفل يشبه الحيوان فى سلوكه . وكان إيـــتارد يعتقد أن هذا الطفل سليم من الناحية الفسيولوجية وكل ما فى الأمر أن الحرمان من البيئة الإنسانية منعه من استخدام ذكائـــه حتى ظهر بهذه الصورة الحيوانية ، وكان إيتارد يؤمن "بتدريـــب الحـــواس " كوســـيلة لتنمى الذكاء ولا يؤمن بمفهوم الذكاء الموروث .

ولقد حاول إيتارد تدريب الطفل لمدة خمس سنوات حتى يصبح طفلا متحضرا فاستخدم تدريب الحواس والتطبيع الاجتماعى من أجـــل تغيـــير سلوك الطفل . وذلك عن طريق تعاليم تعتمد على أنمـــاط أوجدهـــا إيتارد خصيصا للطفل ، مستهدفا جعل دوافع الطفل البدائية غير المتوافقة ، أكثر مرونة وأكثر تحضرا .

وبالرغم من أن التقدم كان طفيفا ، إلا أن إيتارد استطاع تدريب حـــواس الطفل واستخدامها بطريقة أكثر كفاءة ، بالرغم من أن استجابة بعض الحواس للتدريب كانت أقل من استجابة الحواس الأخرى .

وقـــد فشل إيتارد فى إحلال الدوافع الإنسانية محل دوافع الطفل الحيوانـــية اللهم فى مجال عاطفته مع إيتارد نفسه ومع السيدة الـــتى كانت تشرف على الطفل فكان يحبهما حبا جما . أما عن

تكيفه الاجتماعى فكان من الصعب إشراكه مع غيره من الناس فى نشاط اجتماعى معين .

وقـد فشل إيتارد أيضا فى تعليم الطفل الكلام وكان حزن الأول أكبر لأن الثانى لم ينمو ذكاؤه بازدياد عمره إذ ربما كان الطفل أبلها أو معتوها منذ البداية . وبالرغم من أن إيتارد أعلن فشله إلا أن تدريـبه لم يذهب هباء فقد وضع اللبنة الأولى فى علاج التخلف العقلى عن طريق تدريب الحواس .

محاولات سيجان Seguin :

كـان " سـيجان " أحـد النابهين من تلاميذ إيتارد وأضاف إلى الميدان " نظريته الفسيولوجية " فى تعليم ضعاف العقول وكان سيجان قد هاجر للولايات فى سنة ١٨٨٤ حيث وجدت طريقته إقبالا شديدا من العلماء الأمريكان . واخيرا أول رئيس للرابطة الأمريكية للتخلف العقلى (١٩٤٩) .

وتـتلخص النظرية الفسيولوجية فى أن التخلف العقلى نوعان الأول السطحى Superficial والثانى ما يسمى بالنوع العميق (المطبق) Profound والنوع الأول هو الذى يتلف فيه الجهاز العصبى المحيطى ، أما النوع الثانى فهو الذى ينشأ عن عيوب فى الجهاز العصبى المركزى .

وقـــد أعتمد سيجان فى علاجه للنوع الأول من التخلف العقلى على نظريته فى تدريب العضلات لاستثارة الأعصاب المستقبلية لتوصيل إحساساتها إلى الجهاز العصبى المركزى .أما فى حالة الـــتخلف العقلـــى مـــن النوع العميق فلا بد من إحداث صدمات للجهاز العصبى المركزى نفسه عن طريق الأعصاب المستقبلة لكـــى تنشـــط الخلايا العصبية فى القشرة المخية فتؤدى عملها بمعدل أكثر نشاطا .

أمـــا عن تدريب الجهاز العصبى فيجب أن يتم من خلال أنشطة تعـــتمد على إشباع حاجات الطفل ورغباته وأن تكون التدريبات مـــن الحـــياة اليومـــية والمعـــتادة فى حياة الطفل . ولذلك فإن ســـيجان أنشـــأ فصـــولا للمتخلفيـــن فى الهواء المطلق وكانت بـــرامجهم تصـــمم لتنمية الوظائف الحركية والصوتية وأعضاء الجســـم ضعيفة التكوين وكان سيجان فى تعليمه يؤمن بالاتجاه مـــن الكـــل إلى الجزء فمثلا كان التدريب الحركى يبدأ بالقدمين فـــالأرجل فالـــبدن بالاكـــتاف فـــالأذرع فالرســـغ فالكف وأخير الأصابع .

وكان سيجان يعتبر أن الأيدى هى مدخل خبرات الطفل إذ لا بد أن يمـــارس بهما الاتصال بالحياة الخارجية فاللمس هو مدخل خـــبرات الطفـــل الحســـية والعقلية ولذلك فإنه قدم تدريباته فى

تمييز الأطوال و الأثقال و الشكل و الحرارة و الشم و التذوق ... الخ . لكى تكون وسائل للاتصال بين الطفل و الحياة الخارجية .

و يرى سيجان أن تدريب حاسة السمع يجب أن يتدرج من العالم إلى الخاص أيضا فيدرب الطفل على سماع الأصوات ثم سماع السلم الموسيقى وتمييزه ثم الأداء الصوتى .

وقد عالج سيجان مشكلة القراءة والكتابة عند المتخلفين عقليا بأن عنى بالكلام ثم الكتابة ثم القراءة (لأنها أصعبها) . وقد عولج الكلام على أنه ارتباط بين الصوت والحركة التى تؤدى فى وجود هذه الحاجة . وقد أدخلت الكتابة كتدريب للتقليد وأخيرا تأتى القراءة نتيجة للربط بين كل من الكلام والكتابة .

فعلى سبيل المثال ، ينطق الطفل بكلمة " قلم " ثم يكتبها وتضع الأشياء التى تمثلها فى يد الطفل وقد استخدمت نفس الطريقة فى حالة الأفعال .

و قد احتل تدريب البصر مكانا هاما فى برنامج سيجان فكان الطفل يدرب على استخدام الألوان والأشكال المترابطة والأبعاد والمسافات والمستويات فى نفس الوقت الذى يستطيع فيه إمساك الأشياء بيديه . وبذلك يكون سيجان قد اهتم بالتوافق البصرى الحركى بين العين واليد.

وبالرغم من أن نظرية سيجان الفسيولوجية ليست هى التفسير الوحـيد للـتخلف العقلى إلا أن تدريباته لا تزال تستخدم على نطاق واسع في الميدان حتى وقتنا هذا .

ماريا منتسورى M. Mintessori :

مـن إيطاليا جاءت طريقة " منتسورى " فى عام ١٩٩٧ وهى تقـوم على أساس اعتبار أن مشكلة التخلف العقلى فى الأساس مشـكلة تعليمية تربوية أكثر منها مشكلة طبية . ولذلك أنشأت منتسـورى مدرسـة لتعلـيم وتدريـب ضعاف العقول وتدريب المدرسين اللازمين لهذا الميدان.

وتقـوم فلسـفة منتسورى على أساس التمييز الحسى (القائم علـى اسـتخدام الحـواس) و محاولـة الـربط بين المنزل و المدرسة . فهى توافق سيجان على ضرورة تدريب الحواس و لكـنها تعـتقد هذا وفى ذهنها أن الحركات البدنية ما هى إلا نشاط فسيولوجى بحت ، على عكس ما كان يعتقده سيجان من أنها نشاط سيكولوجى تقريبا .

واهتمـت منتسـورى بدوافـع الطفل . ولذلك فهى تضع نصب عينـيها أن " يعلـم الطفـل نفسه بنفسه " فى مواقف حرة أما المـدرس فيتخذ موقفا سلبيا للإشراف على النشاط فقط ، ويتم

فـــى المواقف توفير الأدوات المحسوسة التى يستخدمها الطفل فى تدريب حواسه عن طريق التمييز .

فمـــثلا للتدريب على الإحساس بالحرارة توضع الأيدى فى ماء بـــارد ، ثـــم مـــاء دافئ ، ثم فى ماء ساخن حتى يتعلم الطفل التميـــيز بيـــن درجـــات الحـــرارة المختلفة و بطريق متشابهة يمكـــن تدريـــب الأبصـــار أو الســـمع والإحســـاس بـــالوزن ، و اللمس ... الخ .

و قـــد هوجمـــت طريقة منتسورى بأنها لا توفر الجو المناسب لتدريـــب المتخلفيـــن عقليا كما أن انتقال أثر التدريب من هذه المواقف التى أعدتها منتسورى إلى مواقف الحياة اليومية يكاد يكون معدوما .

وبالـــرغم مـــن الهجوم على الطريقة فإن محتوياتها وألعابها لا تـــزال تســـتخدم بـــنجاح فى تعليم الحضانة وما قبل المدرسة الابتدائية وفى المستويات الأولى لبرامج المتخلفين عقليا .

دكرولية O. decroly :

فـــى أول القـــرن العشرين ظهرت طريقة " دكرولية" فى بلجيكا لعـــلاج الـــتخلف العقلى فدكرولية يعتقد فى قيمة تنمية الإدراك الحسى عند الطفل المتخلف فى جو البيئة التى يعيشها ، واهتم

أيضـــا بالمعاملة الطيبة التى يجب أن يلقاها الطفل من مدرسيه والمجتمع عامة .

وقـــد تتشـــابه طـــريقة دكرولـــية مع طريقة منتسورى إلا أن دكرولية يؤكد أهمية الألعاب الجمعية فى المواقف الطبيعية بينما اهتمت منتسورى باستخدام مواد حسية بطريقة تقليدية ثابتة .

ألفريد بينيه Alfred Binet :

كان " بينيه " الفرنسى أول من دخل ميدان التخلف العقلى على مستوى سيكولوجى خلد به اسمه من بعده فقد كان هو صاحب أول اختـــبار للذكـــاء ١٩٠٥ يقـــوم على أساس مفاهيم الذكاء والتحصيل المدرسى . وكان الهدف من اختباره عزل المتخلفين عقليا عن الأطفال الأسوياء فى المدارس الحكومية .

وبالـــرغم من أن بينيه لم يدخل ميدان علاج التخلف العقلى إلا أنه نقل الميدان من مجرد طرق حسية وتقليدية إلى البحث عن ماهـــية الذكـــاء والوظـــائف العقلية وأوجه القصور فيها لدى المتخلفيـــن عقليا فكان هذا هو الفتح الصحيح للبحث فى طبيعة التخلف العقلى . كما أن التطبيقات التربوية بعد بينيه بدأت تأخذ شـــكل برامج تربوية ومناهج ومواد تعليمية لإثراء بيئة الطفل بالمنبهات التى تؤثر بشكل أو بآخر فى النمو العقلى للمتخلفين عقلـــيا كمـــا أن تدريبهم المهنى بدأ يتجه نفس الاتجاه ولا شك

فإن نسبة الذكاء والعمر العقلى أصبحا المعيارين الأساسيين فى التقسيم والتصنيف والنقل والتوجيه فى برامج المتخلفين عقليا
دسيدرس descoeudres(١٩٢٨) :

وهــى إحــدى تلامــيذ دكروليه ولها منهجها الكامل فى تعليم وتدريــب المتخلفيــن عقلــيا . وتقوم طريقتها على التعلم عن طــريق العمــل والنشــاط الطبيعى للطفل الذى يجب أن تستغله التربــية فى المدرسة . وأكدت دسيدرس قيمة تدريب الحواس والانتباه وخاصة حواس السمع واللمس والبصر فهذه الحواس أساسية فى زيادة خبرات الطفل . كما أنها اهتمت بعملية الربط بيــن الموضوعات وهذا عنصر جديد فى طريقتها ، كما اهتمت بالفــروق الفردية أثناء التعامل مع الأطفال . وكان محك اختبار المــادة لديها هو القيمة الوظيفية للمادة بالنسبة للأطفال أى أن المــادة التى ترتبط بحياة الأطفال فى البيئة الواقعية هى المادة التى يجب أن نختارها فى البرنامج .

وبذلك وضعت توصيات تفصيلية فى أجزاء منهجها مبنية على الأســس السابقة فى التدريب الحسى والتربية البدنية ، والعمل الـــيدوى والفنى وكانت تعتبر أن الرسم هو أهم وسيلة للتعبير عن أفكار الطفل وهو مبدأ من المبادئ الحديثة التى تتمسك بها التربية .

كما اهتمت دسيدرس بالنشاط بحيث ينظم بطريقة طبيعية تنمى خبرات الطفل وتتحول هذه النشاطات بالتدريج إلى مشروعات لتعليم القراءة والكتابة ، والأعداد وهى فى الحقيقة طرق مشابهة لطريقة المشروع ووحدات الخبرة المعروفة .

وبناء على ما قدمه ديوى من فلسفات ، ظهرات طريقة المشروع أو الوحدة أو الخبرة وهى كلها طرق يتعلم فيها الطفل " عن طريق العمل " .

فالمادة يمكن أن يتعلمها الطفل أكثر كفاءة إذا كانت ترتبط بمجالات اهتماماته وحياته ، أى أن المواد الدراسية المختلفة يمكن ربطها بحياة الطفل فى صورة وحدة أو مشروع يتناسب مع اهتمامات الطفل فيتعلمها بطريقة أسهل وأكثر كفاءة أيضا .

كريستين إنجرام C. Ingram (١٩٦٠،١٩٣٥) :

من أهم المؤيدين لفكرة الوحدة مع المتخلفين عقليا والين وكريستين انجرام وهذه الأخيرة هى التى أكدت أهمية استخدام الوحدة فى المستويات المختلفة للبرنامج مع هؤلاءالأطفال . فيجب أن تكون الوحدة مسيطرة على نشاط الطفل فى الفصل ، ووضعت عدة شروط للوحدة الجيدة وهى التى يمكن أن يتخللها تدريب المهارات وخلق الاتجاهات وممارسة المواد الدراسية الممكن تنميتها ومن أمثلة هذه الوحدات وحدات عن المنزل

والسوق والغابة والكتب وصناعتها والطعام والعناية بالطفل وهكذا .

دنكان duncan (١٩٤٣) :

كانت هناك محاولة من انجلترا للاستفادة من نظرية سبيرمان فى العامل العام للذكاء فقد وجد سبيرمان أن الذكاء يتكون من العامل العام " G " وعامل الذكاء النوعى " S " وقد تبعه " الكسندر " فوجد أن الذكاء قد يكون حسيا وهو القدرة على معالجة الأشياء والذكاء المجرد وهو الذى يظهر فى معالجة الرموز اللفظية كما يقيسه اختبار بينيه .

وقد أجرى " دنكان " تجربته المشهورة على عينة من المتخلفين عقليا فوجد أن نسب ذكائهم على الاختبار الذكاء المجرد تتراوح بين ٥٤ ، ٧٦ بمتوسط ٦٦ وعندما أجرى عليهم اختبار الأداء لألكسندر لتقدير الذكاء الحسى وجد أن نسب ذكائهم تتراوح بين ٦٧ ، ١١٩ بمتوسط٩٦

وقد دعت هذه النتيجة دنكان للاعتقاد بأن الذكاء الحسى لدى المتخلفين عقليا يكون مستواه أعلى من مستوى الذكاء المجرد ولذلك فإن يركز اهتمامه ومدخل طريقته على تنمية النوع الأول من الذكاء .

فيمكـــن للطفل أن يتدرب على أشياء يمسكها بيديه أو يلاحظها بعيـــنه ، أو يسمعها وتخطط ألوان النشاط بعد ذلك بحيث تنمى قدرة هؤلاء الأطفال على إدراك العلاقات وإثارة التفكير .

ويتضـــمن الـــبرنامج الأعمال اليدوية والأشغال الفنية بالورق ، واللوحـــات ، والـــنجارة وأشغال الإبرة والموضوعات المنزلية كالطـــبخ والغسيل ، والتربية البدنية وفلاحة البساتين ويتضمن الـــبرنامج أيضـــا بعـــض المـــواد كاللغة والحساب والجغرافيا والتاريخ وتتفق هذه المجموعة من المواد مع مواد المنهج فى المدارس العادية إلا أنها تركز بدرجة أكبر على مجالات النشاط الـــيدوى والحـــرفى التى تكون وسائل لإثارة الفكر حتى ينشط الطفل لحل المشكلات الحسية الملموسة .

طرق خاصة لحالات تلف المخ :

اســـتمرت المحاولات من أجل ابتكار طرق خاصة تصلح لعلاج المتخلفيـــن عقلـــيا بفـــئاتهم المختلفة ومن إحدى هذه الفئات " المـــتخلفون عقلـــيا من ذوى تلف الدماغ" فمن الناحية النظرية على الأقل أن تختلف هذه الفئة فى خصائصها التعليمية عن فئة الـــتخلف العقلى من النوع العقلى الذى يمكن اعتبارها (نظريا) امتدادا سفليا لفئة الأسوياء فى خصائصهم المختلفة .

وقـد اقــترح " ســتراوس وليتنين " تعديلات متعددة على جو الفصل الدراسى لكى يتلاءم مع حاجة الأطفال ذوى تلف الدماغ ومعظم هذه التعديلات تقوم على أساسين :

الأساس الأول : إن الأجزاء غير المصابة من المخ تمثل مصدر للابــدال والــتعويض عن الأجزاء التى أصابها التلف . ومن ثمَ فــإن يجــب أن يركز فى تعليم الطفل على ما يمكن أن يقوم به فمــثلا يــبدأ بكــتابة الحروف بدلا من الكلمات حيث أن إدراكه للكلمــة الكاملــة علــى الصفحة المطبوعة تكون عملية ناقصة وصعبة .

والأساس الثانى : إن ستراوس وليتنين اقترحا بعض التعديلات لتقليل التأثيرات أو المحددات الناجمة عن تشتت الانتباه وسلوك المداومــة والاضــطرابات الإدراكية التى قد تكون موجودة عند الطفــل . فيجب أن يقلل عدد المنبهات فى الفصل الدراسى إلى الدرجة التى لا تتداخل مع تعلم الشئ المراد تعلمه فى موقف ما فقــد يجلــس التلميذ فى ركن من أركان انتباه التلميذ فمدرسة الفصل يجب أن تقلل من كثرة الألوان والمجوهرات أو ألا تقوم بتجمــيل نفسها بطريقة ملفتة للنظر وأن تكون حركاتها معتدلة مــع عدم إظهار انفعالات شديدة فى التعامل مع الأطفال ويجب

أن يقلل عدد الصور والملصقات بطريقة تساعد التلاميذ للتركيز على موضو الدرس .

وعـند شـرح الـدرس يجب أن تستخدم الطريقة الحسية مع التبسيط بقدر الإمكان ولذلك فإن وحدات الخبرة والمشروعات لا تصـلح للـتدريس لهـؤلاء التلامـيذ حيث أن هذه الطرق تمد الأطفـال بكثـير من المنبهات فى وقت واحد مما يؤدى بالتأكيد إلى تشتيت انتباهم. ويجب أن تلقى الصعوبات الإدراكية للأطفال علاجـا مناسـبا وأن يـراعى فى طرق التدريس لهم والمواد التعليمـية الـتى تسـتخدم معهـم أن يقلل التداخل بين الشكل والأرضـية بقدر الإمكان . فعلى سبيل المثال فإن الطفل إذا لم يسـتطيع تلويـن صورة ما لأنه لا يستطيع إدراك جدود الشكل المركـزى فى علاقته بالأرضية ، فإن المدرس يمكنه أن يظهر لـه خطـوط الصـورة بوضوح باستخدام قلم رسم ليوضح به الإطار المناسب .

ويـرى سـتراوس وليتنيـن أن هذه الطرق والوسائل السابق ذكرها يمكن أن تساعد الطفل المصاب بتلف الدماغ أثناء عملية تعلمـه بحيـث يسهل أن ينتقل مرة أخرى إلى الفصول العادية وإلا فإنـه يجب أن يستمر فى الفصول الخاصة التى تعنى بمثل هذه الحالات حتى يتحسن أداؤه .

إن أفضـــل مـــا قدمـــه لـــنا ستراوس وليتنين ذلك المبدأ عدد المنـــبهات فـــى بيئة المصاب بتلف الدماغ فقد اهتمت البحوث بـــتلك الاقتراحات فوجدت أنها ذات فائدة أكيدة فى تعليم هؤلاء الأطفال .

فتبسيط الموقف التعليمى بقصد زيادة الانتباه ضرورة لازمة فى تعلم المتخلفين عقليا سواء من النوع العائلى أو من ذوى تلف المـــخ ... وفى هذا أيضا تصديق لنظرية " هيب " التى قدمناها فى مكان آخر من هذا الكتاب وبالرغم من أن جالاجر بقاء آثار هـــذه الطـــريقة مـــدة طويلة إلا أن ستراوس وليتنين يؤكد أن التجارب الطويلة فى هذا الميدان أعطتهم الثقة فى هذه المبادئ ومـــازال الميدان مفتوحا للتجريب والبحث دون تأكيد قاطع فى هذا المجال .

الإثراء البيئى environmental Enrichment

تأتى نسبة من الأطفال المتخلفين عقليا من بيئات فقيرة متخلفة حضـــاريا ، وثقافـــيا ويكـــون تخلف معظم هذه الحالات بسيطا فعـــندما يدخـــل هؤلاء الأطفال إلى المدرسة تلاحظ عدم ألفتهم للأقلام والورق والمكعبات والأشكال ... إلخ ، وهى تلك الأشياء الـــتى تكـــون مألوفة لدى الغالبين العظمى من الأطفال فى هذا الســـن فـــى طـــبقات المجـــتمع المتوسطة والمرتفعة اجتماعيا

واقتصـــاديا ولذلــك فـــإن كثـــيرا من هؤلاء الأطفال المتخلفين (ثقافـــيا) يـــتأخرون فى بداية دراستهم فى الصفوف الأولى من المدرسة الابتدائية ، علاوة على أن الدوافع البيئية التى تدفعهم للـــتعلم تكـــون حدا أدنى لكثير من العوامل . ولذلك فإن هؤلاء الأطفـــال يجب أن نهتم بإثراء بيئتهم المدرسية بنفس المثيرات الـــتى افـــتقدوها قـــبل دخولهـــم المدرسة وهى تماثل تلك التى يـــتعرض لها أطفال الروضة والحضانة . فقد وجد أن مثل تلك الخـــبرات كانـــت نافعـــة بلا شك فى الارتقاء بالمستوى العقلى لهؤلاء الأطفال (كيرك kirk ١٩٥٨) ، (سيكل وضاى Skeel Dye& ١٩٣٩) ، (سيكل وزملاؤه .Skeel, et al ١٩٣٨) .

ولا يعـــنى الإثـــراء كـــثرة المواد أمام الطفل دون أى نظام أو تنســـيق أو ترتيب فالإثراء هو تقديم مثيرات جديدة للطفل عند الحاجـــة إليها . ويستطيع المدرس بلا شك أن يصمم المواقف الـــتى تستخدم فيها المادة الجديدة حتى تصبح مادة ذات معنى تســـاعد على التعلم . وقد وجد أنه كلما كان الإثراء مبكرا كلما كان أصلح وأبقى .

وبالرغم من أن هذه الطرق العلاجية هى تعليمية فى طبيعتها إلا أن الأساس فيها هو العناية الاكلينيكية بالطفل المتخلف عقليا ،

وهـــى تمـــثل فى نفس الوقت المحاولات الاكلينيكية أو الجمعية التى حاولها الرواد فى هذا الميدان .

وفـــى الواقع فإن الخدمات التعليمية للمتخلفين عقليا قد تطورت بصورة هائلة بعد الحرب العالمية الأولى ثم الثانية وامتدت إلى أرجاء المعمورة من أقصاها إلى أقصاها . وأصبح لهذه البرامج معايـــير للقبول والتحويل والنقل والتوجيه ، ويوجد بينها تشابه فـــى كثـــير مـــن الـــبلدان التى تقدم مثل هذه الخدمات . فهناك الفصـــول الخاصة فى المدارس العادية ، والمدارس أو المعاهد الخاصة والمؤسسات الاجتماعية المختلفة التى تعنى بالمتخلفين عقلـــيا ، وهـــناك المستشـــفيات والمستعمرات لحالات التخلف العقلى من الدرجة الشديدة .

وقـــد اتســـع مـــدى الخدمـــات وانعكـــس أثر ذلك على إعداد المتخصصين من المعلمين والاخصائيين النفسيين والاجتماعيين والتأهيليين وغيرهم وما زالت الحاجة إليهم تزداد يوما بعد يوم دون أن تســـتطيع بـــرامج إعدادهـــم أن تفـــى بحاجة الخدمات المطلوبة فعلا لمعظم المجتمعات .

وفى الخمسينات ، وفى الوقت الذى كانت فيه خدمات المتخلفين عقلـــيا فى الدول الغربية قد وصلت إلى مدى بعيد من التقدم ، بـــدأت الدول العربية فى رعاية المتخلفين بصورة جدية . وكان

الســبق فــى هــذا الميدان لمصر ولبنان ثم الكويت والجزائر والعراق والسعودية والأردن وسوريا .

وفــى الوقت الذى انتقل فيه العمل فى الدول الغربية إلى تقنين الخدمات والتوصل إلى أنسب المواد التعليمية والمناهج وطرق التدريس لهذه الفئة وتشخيص صعوباتها فى التعلم وعلاجها ، نرى أن الدول العربية ما زالت تقدم الخدمات فى صورة تحتاج إلــى كثــير مــن الموضوعية والتقنين ، ولا شك فى أن بعض الوكــالات العربــية المتخصصــة تحــاول جاهدة لتحقيق هذه الأهداف .

وممــا يلاحظ أن رعاية المتخلفين فى الدول العربية تفتقر إلى عدد كاف من العاملين والمتخصصين . ومن جهة أخرى ، فإن عــدد الفنيين فى هذا المجال يقتصر على بعض برامج تأهيلية قصيرة المدى لا تسد إلا الحاجة الماسة للقيام بمسؤوليات هذه البرامج الموجودة فعلا ، ولا زال الاتصال العلمى مقطوعا بوجه عــام بيــن العامليــن فــى الميدان بالوزارات المسؤولة وبين العاملين فى الحقل الأكاديمي فى الجامعات والمعاهد العليا .

لذلــك يجــب أن يؤخــذ في الاعتبار إنشاء برامج دائمة لتأهيل وتخــريج المتخصصــين وتدريــب العاملين الحاليين والارتقاء

بمســـتوى ممارســـتهم إلـــى كل ما هو حديث فى الميدان علما وتطبيقا .

وتلخيصـــا لهـــذا ، فـــإن مشـــاكل إعداد الفنيين والإخصائيين والارتقاء بمستوى البرامج الموجودة حاليا فى الدول العربية لا يمكـــن حلهـــا إلا بالـــتعاون الوثيق بين العاملين فى الوزارات المخـــتلفة مـــن جهة وبين العاملين المتخصصين فى الجماعات والمعـــاهد العلـــيا من جهة أخرى حتى تتحقق الفائدة المرجوة لهـــؤلاء الأطفـــال المتخلفيـــن الذيـــن أنشـــئت من أجلهم هذه البرامج . أنواع البرامج التعليمية العلاجية للمتخلفين عقليا :

تقـــدم الخدمات التعليمية إلى المتخلفين عقليا فى صورة برامج يوجـــه الطفـــل إلـــى أكثرها تناسبا معه ومع ظروفه والعوامل المؤثرة فى حالته . وأهم هذه البرامج :

المدرسة الداخلية أو المعهد الداخلى :

يعـــد هذا النوع من البرامج من أقدم أنواع الخدمات التى قدمت للمتخلفيـــن عقليا . ويقبل الطفل فى هذا النوع من البرامج إذا كانـــت ظروفة المنزلية لا توفر له أدنى مستوى للتكيف أو إذا أصبحت مشاكله تؤثر علىحياة الأسرة إلى درجة ألا يكون هناك مفر من إبعاده عن المنزل حتى ولو كان ذلك لفترة معينة . ولا

يخفـــى على القارئ أن هذا هو أغلى أنواع البرامج تكلفة على المجتمع .

ومن مزايا المعاهد الداخلية أنها تساعد الطفل على زيادة تكيفه إلا أنهـــا تعزله عن الأسوياء وعن حياة المجتمع وعلاوة على هذا فإن نظم المعاهد الروتينية تقلل من أهمية هذا البرنامج إلا فى الحالات التى تدعو الضرورة إلى قبولها . وقد أصبحت هذه المعـــاهد متخصصـــة فى قبول حالات العزل أو حالات التخلف العقلى الشديد .

وتـــبادر بعـــض المجتمعات عند بداية تقديم خدمات للمتخلفين عقليا إلى فتح معاهد داخلية لعدة أسباب أخرى منها عدم توافر العامليـــن المتخصصـــين عـــلاوة على أن الأطفال يجيئون من مناطق نائية يصعب معها رجوعهم يوميا إلى منازلهم .

وفـــى هـــذه الحالة الأخيرة يراعى فى رسم البرامج داخل هذه المعـــاهد ضـــرورة تفـــاعل الأطفال مع أطفال أسوياء آخرين ، وكذلـــك ضـــرورة تفـــاعلهم مع المجتمع خلال زيارات منتظمة ومـــتكررة مـــع ضـــمان اتصال أولياء الأمور بالمعهد وتسهيل عـــودة الأطفـــال لذويهم فى الإجازات والمناسبات على ألا يقبل الأطفال الصغار بهذه المعاهد إلا فى حالات الضرورة القصوى .

مدرســـة التربية الخاصة : غالبا مع يتجمع فى هذه المدارس

الأطفــال المعوقون من أكثر من نوع واحد وتسير الخدمات فى هــذه المدارس بطريقة مشابهة للمعاهد الداخلية إلا أن الأطفال غالــبا مـــا يعودون إلى ذويهم بعد اليوم الدراسى . فهى توفر بذلــك التكــيف الاجتماعى للطفل مع أسرته ولكنها تستمر فى عزلــه عــن الأســوياء . وإذا مـــا تعددت أنواع الإعاقات فى المدرســة فقد يصعب تخطيط البرنامج المدرسى والنشاط الذى يكــامل بين الأطفال . وقد يستفاد من هذه البرامج لتجمع عدد مناســب من المتخصصين فى مجالات الإعاقة كل فى ميدانه ، فيســاعد هذا على تقديم الخدمات المتخصصة لمن يحتاجهم من الأطفال داخل المدرسة .

الفصول الخاصة :

هــذه هى أوسع أنواع الخدمات انتشارا للمتخلفين عقيا . فوجد فصــل خاص أو عدة فصول خاصة فى مدرسة عادية أمر أقل تكلفــة مـــن الأنــواع الأخرى من البرامج كما أنه يحقق هدف إدمـــاج الأطفال المتخلفين مع أقرانهم الأسوياء فى النشاط غير الأكاديمى . ويقبل عادة فى هذه الفصول الأطفال المتخلفون من مســتوى المـــافون (نسبة ذكاء = ٥٠ إلى ٧٥) وهم الأطفال الذيــن لديهــم قدرة مناسبة على التفاعل الاجتماعى والاعتماد على النفس فى التنقل ، وإنشاء العلاقات الاجتماعية ولو بدرجة

محـــدودة . ويســـتطيع هؤلاء الأطفال تعلم المهارات الأكاديمية البســيطة مثل القراءة البسيطة والكتابة والعمليات الحسابية . وقد يصل هؤلاء الأطفال فى نهاية المطاف إلى مستوى الصف الثالث أو الرابع والخامس أحيانا وهناك حالات منها استطاعت أن تصل إلى مستوى الصف السادس (تحت ظروف معينة) .

وهناك نوع آخر من الخدمات يمكن تقديمه إلى المتخلفين عقليا مـــع بقـــائهم فى فصولهم العادية فى مدارسهم العادية حيث لا تـــتوافر الفصـــول الخاصة أو المعاهد المتخصصة وخلال هذه الخدمـــات تقـــدم المعونة للتلميذ المتخلف فى الفصل الدراسى العـــادى مع نقله كل عام آليا حتى ينتهى من مستوى المدرسة الابتدائية أو المتوسطة وغالبا ما يشجع لترك المدرسة قبل هذه المـــرحلة . ويعـــاب علـــى هـــذه الطريقة أن نظام التعليم فى المـــدارس العاديـــة لا يقبل بقاء مثل هؤلاء التلاميذ المتخلفين الذين يصبحون مادة خصبة للتهكم والنبذ من زملائهم الأسوياء ممـــا يـــؤدى فى النهاية إلى التأثير على تكامل الفصول ونظام العمل بها وذلك علاوة على عدم استفادة التلميذ المتخلف كثيرا مـــن بقائـــه مع زملائه الأسوياء الذين يدرسون فى مستويات أعلـــى بكثـــير من مستوى إدراكه وتحصيله . وعلى كل حال ، فـــإن الـــبحوث لم تصل إلى دليل قاطع بنجاح أو فشل مثل هذه

البرامج ومازالت تستخدم في المناطق التى لا تتوافر بها خدمات تعليمية خاصة بالمتخلفين عقليا (كاسيدى ، وستانتون) وعادة ما تتضمن فصول المتخلفين عددا صغيرا من الأطفال يتراوح بين ٦ إلى ١٠ تلاميذ فى فصول الصغار ، ولا يزيد العدد عن ١٢ إلى ١٦ فى فصول الكبار ، وبالإضافة إلى التعليم والتدريب فإن الخدمات النفسية والعلاجية التعليمية يجب أن تقدم للاطفال حتى يمكن علاج المعوقات التى تمنع الطفل من الوصول إلى مستوى مناسب للتكيف .

هذا وتوجد خمسة مستويات من الفصول الخاصة بالمتخلفين عقليا (القابلين للتعليم) هى :

١ – مستوى ما قبل المدرسة : وفى هذا المستوى يقبل الأطفال بين سن الثالثة والسادسة من العمر بحيث تكون أعمارهم العقلية بين عامين وأربعة أعوام (تقابل مرحلة الحضانة والروضة) وتهدف هذه المرحلة إلى إثراء خبرات الأطفال .

ونادرا ما يدخل هذه الفصول الأطفال المتخلفون من النوع البسيط حيث يصعب اكتشاف التخلف فى هذه السن المبكرة . ويستفيد من هذه البرامج أطفال الطبقة الفقيرة التى يفيدها الإثراء البيئى كثيرا .

٢ – مستوى المرحلة الأولى : وتتراوح أعمار الأطفال الزمنية فى هذه المرحلة بين ٦ إلى ١٠ أعوامل وأعمارهم العقلية تقع بين ٣ أو ٤ سنوات إلى ٦ سنوات وبالرغم من أن هؤلاء الأطفال لم يصلوا بعد إلى مستوى يمكنهم من دراسة مناهج فى مستوى المرحلة الأولى إلا أنهم يستطيعون تنمية الثقة بالنفس وعدد مناسب من المفردات والعادات الصحية السليمة ويستطيعون المحافظة على سلامتهم الشخصية أثناء العمل أو اللعب ، كما يستطيعون تنمية استعداداتهم المختلفة فى مستوى أطفال مرحلة الروضة .

٣ – مستوى المرحلة الإعدادية : تتراوح الأعمار الزمنية فى هذه المرحلة بين ٩-١٣ سنة وأعمارهم العقلية بين ٦ إلى ٩ سنوات وهذا المستوى هو الأكثر انتشارا فى المدارس العادية . حيث يرسب كثير من التلاميذ المتخلفين الذين ينقلون آليا عندما يصلون إلى مستوى الصف الثالث أو الرابع ويصبحون مشكلة فى المدرسة العادية ، وغالبا ما يتميز هؤلاء التلاميذ بكرههم للمدرسة فتكثر بينهم الأنماط السلوكية الشاذة نتيجة لتجمع وتراكم خبراتهم الإحباطية مع الأطفال الأسوياء . كما أن مفهوم الذات لديهم يكون قاصرا ، وعلى الرغم من هذا

فــإن أعمـــارهم العقلية تساعدهم على اكتساب بعض المهارات الأكاديمية المناسبة فى القراءة والكتابة والحساب .

٤ – مســتوى المدرسة الثانوية : تحةلت أهداف هذه الفصول مـــن الناحــية التاريخــية من الإعداد المهنى إلى زيادة إعداد المتخلفيـــن عقلــيا مـــن الناحية الأكاديمية علاوة على إكسابه عادات واتجاهات صحيحة وصحية نحو العمل والإنتاج (التربية المهنية) .

فتســتمر الدراسة فى هذا المستوى على المستوى العملى الذى يــربط الدراسة بالحياة اليومية . فيجب أن تكون المهارات التى يــتدربون علــيها ذات فــائدة مباشرة كإعداد الطعام والخياطة ورعايـــة الطفــل بالنســبة للبــنات ومعرفة العدد الميكانيكية والإصلاحات اللازمة داخل المنزل بالنسبة للأولاد .

وفـــى هــذه المرحلة ، يجب التركيز على العادات الصحيحة فى العمل مثل المواظبة على الحضور والانصراف وتنفيذ التعليمات والــتعاون مــع الزملاء فى الإنتاج ولذلك يجب إعطاء الأطفال مستوى مناسبا من المعلومات عن المهن التى قد يشغلونها بعد إتمـــام تعلــيمهم وتدريــبهم حيث أن الأبحاث قد أثبتت أن أهم أســباب فشــل المتخلفين عقليا فى مهنهم لم يكن مستواهم فى أداء العمـــل بقدر ما كان معاناتهم من مشاكل عدم التوافق مع

أصـــحاب العمل والعمال . ولذلك فإننا لا بد وأن نعطى الصحة النفسية فى مثل هذه البرامج مكانا بارزا .

٥ – مـــا بعد برنامج المدرسة : لا توجد مثل هذه البرامج فى المـــدارس العادية ، ولكنها قد توجد فى برامج الورش المحمية (تحـــت الإشـــراف والحمايـــة) أو إدرارات التأهيل المهنى .

ويكـــون الهـــدف مـــن هذه البرامج مواجهة حاجات المتخلفين الشباب إلى التدريب أو إعادة التدريب وتوجيههم وإرشادهم فى حياة معقدة لا يستطيعون الاستقلال التام فى غمارها .

وتتضـــمن خدمـــات هـــذه الـــبرامج إعادة التدريب والتشغيل ، والإشـــراف وتنفيذ برامج للإفادة من أوقات الفراغ بالقدر الذى يؤدى إلى تكيف شخصى واجتماعى مناسبين .

الخدمات التأهيلية للمتخلفين عقليا (القابلين للتدريب)

تقع فئة القابلين للتدريب فى مستوى أدنى من الذكاء والتكيف ، فنســب ذكائهم تتراوح بين ٣٠-٤٩ وقد يصل الحد الأدنى لها إلى ٢٥ وفى العادة يكون أفراد هذه الفئة أقل قدرة على التعلم والتأهـــيل مـــن فـــئة المـــورون ، ويكون الهدف الأساسى من بـــرامجهم هـــو التكـــيف الشخصى والاعتماد على النفس ، ثم التكيف الاجتماعى والمهنى بقدر الإمكان وقد أوضحت البحوث أن نســـبة قلـــيلة من هذه الفئة هى التى يمكنها الاعتماد على

نفســـها وشق طريقها فى الحياة ولو بمساعدة بسيطة وتحتاج الغالبـــية العظمى منهم إلى رعاية وإشراف شبه كاملين وكثيرا ما يعودون إلى المؤسسات التى تركوها لإعادة تأهيلهم أو لعدم تكيفهم مع المجتمع .

وفى الحقيقة ، فإن هذا النوع من البرامج يكلف الكثير عن أى نـــوع آخـــر مـــن بـــرامج المتخلفيـــن عقليا ، حيث أن هؤلاء يحتاجون بجوار تأهيلهم إلى خدمات طبية وعلاجية وتصحيحية متعددة وذلك لكثرة ما يوجد بهم من إعاقات أخرى غير التخلف العقلـــى ، وبالرغم من كل هذه التكاليف فإن برامجهم لا تعطينا نـــتائج طيـــبة فـــى كـــل الأحوال . فطبيعة الإعاقة ومستواها المتوسط كلها أسباب تقف حائلا دون تحقيق النتائج المرجوة ، يضاف إلى هذا حاجة المتخلفين من هذا المستوى إلى مدرسين وإخصائيين مدربين تدريبا خاصا ونوعيا أكثر مما تحتاج برامج فئة المورون .

هذا ويمكن تقديم الخدمات التأهيلية للقابلين للتدريب فى مدرسة عاديـــة أو فـــى معهـــد خاص أو فى مؤسسة خاصة يقيم فيها هؤلاء الأطفال .

ويمـــثل أولياء أمور هؤلاء الأطفال قوة ضاغطة كبيرة فالإعاقة العقلـــية مـــن الـــنوع الخفـــيف غالـــبا ما تأتى من المستويات

الاجتماعـية الاقتصـادية المنخفضـة أمـا الإعاقة العقلية من المسـتوى المتوسط أو الشديد فإنها غالبا ما تتوزع بالتساوى بيـن الطـبقات ، الأمر الذى يحتمل معه أن يكون أولياء أمور كثير من هؤلاء الأطفال من المستويات الاجتماعية ذات السلطة والـنفوذ والـرأى المسموع مما يدفع هذه البرمج (أحيانا) إلى الـنمو والـتطور حسـاب خدمـات المتخلفين عقليا من النوع البسيط . وقد تساعدنا النظرة الموضوعية للاستدلال على قدرة الـبرامج فـى تحسـين التكـيف النفسى والاجتماعى للأطفال المتخلفيـن مـن مسـتوى البله فهذه البرامج تكون ذات فائدة عظمـة فـى توجـيه وإرشاد الأباء (كما سيأتى تفصيلة فيما بعد) . مما يجعل أسر الأطفال أكثر استعدادا لتقبل إعاقة الطفل ومساعدته على التكيف والحياة بصورة أفضل .

وثمـة نوع آخر من الخدمات فى هذا المجال ألا وهو المدرس الزائـر (يـزور التلميذ بمنزلة) الذى يمكن مساعدة الأطفال المعوقيـن عقليا الذين لا يقبلون فى مدارس أو فصول خاصة بسـبب عـدم القدرة على التنقل ولشدة الإصابة ، فيمكن للمدر الزائـر أن يعـاون الآبـاء والأسرة على تدريب طفلهم وتقبله والتعامل معه وحل مشاكله .

وهــناك نــوع آخــر مــن الخدمات هو فصول الخدمات العامة أو الجمعــيات الخيرية التى يمكن إعدادها بصورة مقبولة يقوم فــيها مــتطوعون أو مــأجورون بــرعاية الأطفــال وتعليمهم أو تدريبهم . ويمتاز هذا النوع من البرامج بالمرونة وبعده عن الروتين الحكومى ، ولكن يعاب عليه فى كثير من الأحوال عدم وجــود بــرامج مقنــنة أو معايــير للعمــل أو الإنــتاج أو التشــغيل ... الــخ . ولكن إذا ما تم التغلب على هذه المشاكل بالاســتعانة بالمتخصصــين اللازمين فإن البرامج الأهلية تكون أنجح من أى نوع آخر من البرامج الحكومية إذ أن دافع العمل فــى هــذه الــبرامج إنسانى يتسم بالمرونة ويتجه إلى تحقيق أهداف اجتماعية دون التقيد بالنظم الحكومية .

يــبدو بعد هذا العرض السريع أن الخدمات التعليمية والتأهيلية للمتخلفيــن عقلــيا هــى أبعــد ما تكون عن التقنين من حيث الإمكانــات المطلوبة والمتخصصين والمواد التعليمية والمناهج وخصوصا فى الدول العربية .

هــذا ويجــب أن يتجه الاهتمام إلى التجريب والبحث عن دلالة بــرنامج دون آخــر أو منهج دون آخر أو طريقة دون أخرى فلــيس من المصلحة فى شئ أن نستقر من الآن على فلسفات ومناهج وطرق ثابته نتبين بعد فترة أنها واجبة التغيير .

العلاج النفسي

للمتخلفين عقليا

يعـرف العلاج النفسي أحيانا بأنه التوجيه والإرشاد الفردى أو الجمعى وهو الإرشاد الذى تتعدد فيه المقابلات بطريقة منتظمة بيـن معـالج مـدرب ومريض واحد أو عدة مرضى فى نفس الوقـت . ويـتم خـلال هـذه المقـابلات حـل مشاكل هؤلاء المرضى .

وحتى وقت قريب . لم يحظ العلاج النفسى مع المتخلفين عقليا بنصـيب من الاهتمام والدراسة الجادة ويرجع ذلك الإهمال إلى عدة أسباب من أهمها : أنه كان من المعتقد أن المتخلفين عقليا لا يصـلحون للعلاج النفسى ففى الولايات المتحدة الأمريكية لم يشـغل بهـذا المـيدان حـتى الخمسينات إلا القليل جدا بسبب المفهومات الخاطئة والاتجاهات السلبية لدى كثير من العاملين نحو المتخلفين عقليا . فكل ما صدر من أعمال فى هذا الميدان كـان يغلـب عليه الطابع الاستنتاجى أكثر من الطابع التجريبى المنظم . (سارسون Sarason ١٩٥٢) .

فقـد تواجـدت بعـض المسـلمات التى حالت دون العمل مع المتخلفيـن . إذ قيل أن استبصارهم محدود وغير قادرون على

التبصـــر بنتيجة أعمالهم ، وهم قاصرون فى تمييز التغير الذى يجـــرى مـــن حولهـــم وأنه ليست لديهم القدرة على التحكم فى انفعـــالاتهم . وحتى الآن فإننا لا نملك ما يؤكد أو يدحض مثل تلك الفروض .

وبالـــرغم مـــن أن المســـتوى العام للنمو والنضج مختلف لدى المتخلفيـــن عقليا عنه فى الأسوياء إلا أن الفروق فى خصائص الشخصـــية بيـــن المتخلفين والأسوياء ليست مؤكدة وهى وإن وجدت ، تكون نتيجة لظروف اجتماعية غير صحيحة بوجه عام وهـــناك ســـبب آخـــر يقف خلف ذلك الاتجاه المتشائم فى عدم إمكان العلاج النفسى للمتخلفين عقليا ألا وهو يعتبر عامل اللغة مـــن أهـــم العوامـــل فى التفاهم بين المعالج والمريض . ومن المعـــروف أن المتخلفيـــن قاصرون فى مستواهم اللغوى ، مما يهـــبط بقـــيمة هـــذا التفاهم إلى درجة كبيرة ، ويؤثر فى قيمة ودلالـــة العلاج . ولكن ينبغى أن نتذكر أن اللغة وسيلة للتفاهم وأن عملـــية التفاهم يمكن أن تتم من خلال عدة وسائل إحداها اللغـــة ومـــا زالت هناك وسائل أخرى غير لفظية مثل تعبيرات الوجـــه ، وحـــركات الجســـم ، والإيماءة ، والصورة ، وكذلك الرسم والأشغال اليدوية ، والموسيقى ، والرقص ، واللعب ...

الـــخ . وكلها وسائل للتعبير والتفاهم وهى لا تتطلب بالضرورة ألفاظا ينطق بها الطفل .

ويتضح من ذلك أنه يمكن استخدام العلاج النفسى مع المتخلفين عقلـــيا بقليل من التعديل والتغيير ، فالقدرة العقلية المحدودة ، وتـــراكم الخـــبرات الفاشلة فى حياة المتخلف ، يمكن أن يدفع العامليـــن اســـتطلاع كـــل مـــا يمكن عمله فى سبيل هذه الفئة لعلاجها .

وقـــد كان لاتجاهات العاملين فى العلاج النفسى نصيب كبير فى تأخـــر تطبيقات العلاج النفسى ، وابعادها مدة طويلة عن ميدان الـــتخلف العقلـــى ، فعدد المعالجين المدربين قليل جدا . وأغلب تلـــك القلـــة يفضلون دائما أثناء عملهم تلك الحالات التى يبدو علـــيها من أول وهلة القدرة على الاستجابة للعلاج ، أو التى لا يعوقها إعاقات شديدة تكون سببا فى فشل العلاج . ولذلك كانت معظم حالاتهم من النوع الذى يتحسن بسرعة فذكاؤهم أحسن ، وعمـــرهم أقـــل ، ومســـتوياتهم الاقتصـــادية مرتفعة . وهذه الاتجاهـــات كانت حائلا دون وصول العلاج النفسى " كخدمات " إلى المتخلفين عقليا .

ومـــن ناحية أخرى فإن أغلب المجتمعات تتجة إلى تأكيد الذكاء كمعيار اجتماعى له التقدير والأولوية مما يؤدى إلى خلق اتجاه

اجــتماعى نحــو نــبذ أو إهمال الأفراد الأقل ذكاء ، مما يؤدى بالمجــتمع إلى إهمال المتخلفين عقليا وعدم التحمس لهم بوجه عام .

ولكــن الاتجاهات قد تغيرت ، وأحست المجتمعات بمسؤوليتها نحــو المتخلفين عقليا فزاد هذا من حماس العاملين فى الميدان نحو تجريب طرق متعددة للعلاج النفسى معهم .

فقــد ظهــرت خلال الخمسينات والستينات عدة دراسات ثورن thorne (١٩٤٨) ، هيســر Heiser(١٩٥٤) ، ســترازولا strazzula (١٩٥٤) ، ماندى Mundy (١٩٥٧) ، وليلاند وســميث Smith&Leland (١٩٦٢) وكان الهدف من هذه الدراســات والــبحوث فى العيادات والمؤسسات هو البحث فى إمكان تطبيق طرق ووسائل العلاج النفسى مع المتخلفين عقليا.

وحتى وقتنا الحاضر ، فإن كثيرا من العيادات النفسية الحكومية وغير الحكومية لا تقدم توجيها أو إرشادا للمتخلفين وآبائهم ، معتقدين أن واجبهم الأول هو التشخيص والتحويل إلى الخدمات اللازمة دون تقديم برامج علاجية نفسية .

اتجاهات وطرق العلاج النفسى مع المتخلفين عقليا

يتــيح موقف العلاج النفسى فرصة طيبة للمتخلف عقليا ليعبر عــن نفسه لمعالجته دون كبت أو خوف من عقاب . وغالبا ما

تكــون علاقة الطفل المتخلف مرضية مع معالجة الذى يجد فى هذا الموقف أكبر فرصة فعالة لتغيير سلوك الطفل بكل الوسائل الممكنة .

وليســت هناك طريقة واحدة أو اتجاه معين فى العلاج النفسى يفضــل اســتخدامه مع المتخلفين عقليا . فهناك اختلافات فى درجــة الذكــاء يجــب أخذها فى الاعتبار وهناك اختلافات فى مكونات الشخصية ، والمشكلات والخبرات وهى إن أخذت كلها فــى الاعتــبار فإن الطرق والوسائل التى تستخدم مع الأطفال يجب ألا تكون واحدة.

ولذلــك فــإن دى مارتيون De Martino (١٩٥٧) وستاسى ودى مارتيــنو De Martino&Stacey (١٩٥٧) يرون أن تفضــيل طريقة علاج على أخرى مع المتخلفين يجب أن يكون فى ضوء حاجة كل حالة على حدة ففى بعض الأحيان يكون من الأفضــل اســتخدام العلاج النفسى الموجه ، وفى أحيان أخرى تفضــل طــرق العــلاج غير الموجه . وفى معظم الأحيان فإن العــلاج مــتعدد الاتجاهــات يخلق جوا يملؤه التسامح ، ودفئ العلاقــة والمناقشــات الموجهــة والاستجابات والاستيضاحات للمشــاعر وتوجيه الأسئلة وزيادة فى التفهم ، والتأكيد والمرح والتشــجيع والنصــيحة (مــع رسم حدود للعلاقة بين المعالج

والطفل) ويبدو أن كل هذه المظاهر تعمل فى معظم الأحوال معا وفى نفس الوقت .

وطـرق العلاج النفسى مع المتخلفين عقليا قد تكون فردية أو جماعية ، لفظية أو غير لفظية ، وقد تكون نوعية كما فى حالة العـلاج طـريق الفن وعلاج اللغة والعلاج عن طريق التربية ، والعـلاج عـن طـريق العمل والعلاج المهنى وفيما يلى بعض التفصيلات عن هذه الطرق .

العلاج عن طريق الفن Art Therapy

وجـد أن هذه الطريقة غير اللفظية ذات فائدة كبيرة مع الأطفال المتخلفيـن عقلـيا وقد تعتمد هذه الطريقة على رسم الصور ، والرسـم باسـتخدام الأصابع والموسيقى والرقص الإيقاعى ، وأعمال الفخار والخزف ، والمنتجات اليدوية المختلفة . وتعتبر كـل هذه الوسائل مخارج ممتازة للتعبير عن المشاعر والأفكار دون الاعـتماد علـى التعبير اللفظى بطريقة مباشرة . وعلاوة علـى هـذا فـأى هـذه المواقف تعطى التخلف عقليا الفرصة للتعرف على قدراته وقابلياته وتعطى له الفرصة أيضا للحصول علـى تقدير المعالج أو الجماعة التى يعمل معها فهذا المواقف فـى الحقـيقة تناسب حاجات وقدرات الأطفال المعوقين بوجه عام .

وعلى سبيل المثال ، فإن الرسم باستخدام الأصابع يضع الطفل فى الموقف الذى يعبر فيه عن نفسه فيكشف إنتاجه عن رسالة معيـــنة للتفاهم أو يكون بمثابة لغة رمزية يستخدمها الطفل فى التعبير عن نفسه وعند اتصاله بغيره

ومـــن الأمثلة للعلاج عن طريق الرسم بالأصابع فقد قام كاديس kadis (١٩٥١) بعـــلاج طفل فى سن السادسة بهذه الطريقة وكـــان ذكـــاء الطفـــل يدخلـــه فى الطبقة بين المتخلفين عقليا والأغبياء ... وقبل العلاج وصف الطفل بأنه كان يعتمد اعتمادا كلـــيا علـــى أمه ، وأن نضجه الاجتماعى يقارب مستوى طفل عمـــره ثـــلاث ســـنوات وكان لا يستطيع التفاهم مع غيره وقد وصـــف بأن لديه عيوب نطق شديدة . وقد أعطى الطفل علاجا مركـــزا فى الكلام والنطق ولكنه لم يتحسن . وقد فسر المعالج فشـــل الطفـــل فى تحسين مستوى كلامه على أنه شعور عميق بالكراهـــية لبيئـــته . وقد فسر المعالج فشل الطفل فى تحسين مســـتوى كلامـــه على أنه شعور عميق بالكراهية لبيئته . وقد رأى كـــاديس أن اســـتخدام الرســـم بالأصـــابع قد خلق اتصالا وتفاهمـــا بينه وبين الطفل . وكان الطفل يرسم غالبا مستخدما اللـــون الأســـود رســـما عاما غير واضح لشخص دون أيدى ، وضـــاغطا بشـــدة على شفاه . وعند هذا الحد عبر المعالج عن

شـــفقته على الشخص وقال للطفل إن هذا الشخص لا يستطيع أن يتمـــتع بعمـــل شـــئ بدون يدين ولكن الطفل لم يجب على استفسار المعالج .

وفـــى الجلسة التالية قام الطفل برسم الشكل ولكن بطريقة غير منـــتظمة وأعطـــى المعالج نفس الملاحظات على رسم الطفل .

وفـــى الجلســـات التالية وجد أن الطفل بدأ يرسم تفاصيل أكثر وضـــوحا لنفس الشخص مع ازدياد هذه التفصيلات تدريجا فى رسومه .

وأبـــدى المـــالج رضاه على الرسم ، وبالتدريج لوحظ وضوح إطـــار الشكل مع زيادة دقة رسم الخطوط علاوة على أن الطفل بدأ فى استخدام ألوان متعددة فى رسمه (بدلا من اللون الأسود فقـــط) وقد فسر كاديس ذلك التغيير فى سلوك الطفل بأنه وجد وسيلة للتعبير عن شعوره بالكراهية الذى استطاع التنفيس عنه فى رسومه إلى درجة كبيرة .

وقـــد اســـتخدام الرســـم Drawing منذ زمن بعيد فى العلاج النفســـى . فقـــد اســـتخدمه فريمان Freeman (١٩٣٦) مع المتخلفين عقليا .

وتســتخدم هــذه الطريقة فرديا للعلاج – وتجرى الجلسة عادة بطــريقة مشابهة كما هى الحال فى الرسم بالصابع تحت رعاية المعالج وتوجيهة .

العلاج عن طريق اللعب play Thearpy

يعتــبر العلاج عن طريق اللعب صورة من صور الإسقاط خلال نشــاط اللعــب الذى يقوم به الطفل وكانت فرجينيا أكسلن V. axline (١٩٤٨) من أول المهمتين بهذه الطريقة التى وصفت أهميــتها بقولهــا إننا لو أخذنا مجموعة من الجلسات المسجلة للعــلاج عن طريق اللعب فإننا سوف نلاحظ نظاما معينا تسير عليه الجلسات يتمثل فى تناقص الشعور السلبى وتزايد الشعور الإيجــابى نحو النفس ونحو الآخرين ، وكذلك فإننا نستطيع أن نــرى الطفل يتحرر من قيوده ويسلك سلوكا تلقائيا أكثر تحررا وهــذا مــا عبرت عنه أكسلن بقولها إن الطفل يتحول إلى فرد أكثر اكتمالا .

فموقف العلاج عن طريق اللعب يوفر للطفل البيئة والمجال لأن يكــون طبيعيا بما يتناسب مع طبيعة ذاته بين أشياء وأشخاص يشــعر بيــنهم بشــعور الأمن والحماية وفى هذا الوسط يمكن للطفــل أن يقــوم بــأدوار متعددة خلال اللعب لا يستطيع القيام بأدوارهــا خارج هذا الوسط ولا شك فإن هذه المواقف قد تقود

الطفــل إلـــى تفهـــم النفس بطريقة عملية وواقعية . فهو يقوم بـــبعض نمـــذج ســـلوكيه يستخدمها فى المستقبل مثل الشراء والبيع وعمل الزيارات والسفر وركوب الأتوبيس ... الخ .
هــذه الــنماذج الســلوكية تساعدة فى المستقبل على أن يكون مقــبولا فـــى سلوكه الاجتماعى ، عندما يواجه مواقف الحياة الواقعية .

وقد كتبت أكسلن عن بعض حالات تخلف عقلى تم علاجها عن طريق اللعب كانت إحدى هذه الحالات عبارة عن طفل مضطرب عاطفيا يبلغ من العمر خمس سنوات فى مرحلة الروضة بإحدى المـــدارس . وقـــد أحيل الطفل للعلاج عن طريق اللعب بسبب الأنمـــاط غـــير العاديـــة الـــتى كان يسلكها فى حضور الأطفال الآخرين فكان يتدحرج على الأرض عندما يقترب منه طفل آخر وكان يزحف على يديه وركبتيه فى اتجاه الحائط كلما تحدث أو أقترب منه أحد . ونتيجة لذلك لم يكن له أصدقاء فى المدرسة ، ولـــم يكن ليشارك فى نشاط الفصل مع الأطفال الآخرين . وقد قـــدرت نســـبة ذكاء الطفل ٦٨ على مقياس ستانفورد بينيه . وقـــررت الأم أن نمو الطفل كان سويا حتى عمر ثلاث سنوات بدأت بعدها أعراض النكوص فى الظهور عليه تدريجيا .

وفـــى أول جلســـة للعلاج طلب المعالج من الطفل أن يلعب كما يحلوله فى الحجرة وبأى شئ موجود بها وبدأ على الطفل عدم التأكد ثم اتجه إلى صندوق الرمل وبدأ يتناول بعضه بيديه ليلهو بـــه وتسقط من بين أصابعه واستمر الحال على ذلك لمدة ٤٥ دقيقة . وفى الجلسة الثانية قام الطفل بنفس الطريقة ولكنه كان يتجه إلى نموذج سيارة ليلهو به من وقت لآخر . وفى الجلسة الثالثة قام بنفس الشئ ولكنه قام بالتعليق بالكلام على ما يقوم بـــه من ألعاب موجها الكلام إلى المعالج . وفى الجلسة الرابعة ظهـــر علـــى الطفل تغير واضح فى مظهره وسلوكه فى العيادة وفـــى المنزل واختفت بالتدريج أعراض النكوص من سلوكه ، وبـــدأ يتكلم أكثر مما سبق وبدأ عليه أنه أكثر سعادة وأكثر حبا للآخريـــن وأكـــثر اتصالا بهم واستمر التحسن على الطفل حتى الأســـبوع العاشر من العلاج . وأصبح لعبه أكثر تعقيدا وابتكارا وعندما أعيد قياس نسبة الذكاء بعد ستة شهور من بدء العلاج وجـــد أن النسبة بلغت ٩٦ وعندما ضمت إليه فى غرفة العلاج طفلة أخرى عمرها خمس سنوات تقبلها الطفل كثيرا وبعد عام كـــامل مـــن انـــتهاء العلاج أخبرت أم الطفل المعالج أن الطفل أصـــبح متكـــيفا اجتماعـــيا بين زملائه بنجاح وقد تم قيده فى الصـــف الأول الابـــتدائى فـــى فصل عدد تلاميذه ٤٨ تلميذا .

وأصـــبح الطفل محبوبا بينهم . وعندما أعيد قياس نسبة الذكاء وجد أنها أصبحت ١٠٥ على نفس الاختبار السابق .

ولا شـــك أن هذا التحسن والتغير فى مظهر الطفل وتكيفه كان نتيجة مباشرة للعلاج عن طريق اللعب والخبرات التى اكتسبها خـــلال جلســـات العلاج . وبالرغم من أن ديناميات العلاج عن طريق اللعب لا يمكن تفسيرها بوضوح إلا أن الحقيقة تبقى فى أن الخبرات التى يتعرض لها المرضى أثناء العلاج تحدث تغيرا مؤكدا فى سلوكه وفى مظهره .

وقـــد اســـتخدم مايسز Maisner (١٩٥٠) العلاج عن طريق اللعـــب فـــى بـــرنامج لتأهـــيل المتخلفيـــن عقليا فى مؤسسة اجتماعية . و قد وجد أن البرنامج كان ناجحا أكثر من المتوقع فقـــد تضـــمن هذا المشروع ١٥ طفلا من المتخلفين الذين تقع أعمـــارهم الزمنـــية بين سن الثامنة والثالثة عشرة (بمتوسط قدرة عشر سنوات) وتتراوح نسب ذكائهم بين ٤١-٨٦ وكان مستوى تحصيلهم يتراوح بين أقل من مستوى الصف الأول إلى الصف الرابع وكانت مدة بقائهم فى المؤسسة تتراوح بين شهر واحد إلى ٣ سنوات بمتوسط قدره نصف عام .

وقـــد حـــول الأطفـــال إلـــى العلاج بطرق اللعب بسبب علاقات الاضـــطراب الواضحة على سلوكهم . وقد اجرى عليهم اختبار

رورشــاخ حيــث دلــت النــتائج على أن هؤلاء الأطفال غير متوافقيــن اجتماعيا ولديهم قلق شديد كما أن مقدرتهم العقلية والاجتماعية الحقيقية أكبر بكثير من مستوى تكيفهم الظاهرى .

وكانــت غرفة اللعب كبيرة (١٨ × ٢٤ قدم) وبها مسرح ولعب كثــيرة مــتعددة وصندوق للرمل . وقد أعطى كل طفل مفتاحا للحجــرة . وقــد وضعت الخطة بحيث يتلقى هؤلاء الأطفال ما يســمى بعملــية إعــادة التعلــيم عن طريق الاندماج الكلى مع الآخريــن وتحــريكهم مــن الاتجاهــات السلبية إلى الاتجاهات الإيجابــية وأن تــبدأ مرحلة من إشباع حاجات الطفل - need satisfaction .

و قــد أعطيــت تعليمات واضحة لكل طفل لجعله يتفهم حدودا لحريــته فــى اللعب ، وفى تناول اللعب خارج الغرفة والامتناع عن تحطيم الممتلكات ... الخ .

وقــد لوحــظ من أحد أطفال المجموعة سلوكا عدوانيا وتخريبا أثــناء تواجــده فى غرفة اللعب وخصوصا عندما كان يرى كل شئ مرتبا ومنظما فى الغرفة وقد فسرت هذه الظاهرة على أنها رد فعــل لشــعور النــبذ الذى تمارسه أم الطفل نحوه ، إذ كان الطفــل ينافس أخته بكثير من شعور الغيرة والحقد ، وقد أخبر الطفــل أن هــذا السلوك نتيجة لشعوره بالكراهية والنبذ . وقد

أظهــر هــذا الطفــل أثــناء لعبه (باللعب المتنوعة) مختلف العلاقــات العائلــية الــتى يعيش فيها وكان يعبر عنها بطريقة رمزية وقد أدت ممارسة الطفل لهذا اللعب إلى إنخفاض مستوى عدوانه وارتفاع مستوى تقبله لإحباطه فى مختلف المواقف .

وقد لوحظ سلوك الأطفال فى مواقف خارج غرفة اللعب كمعيار للحكــم على قيمة العلاج . فوجد أن كل الأطفال كونوا اتجاهات إيجابــية نحــو الحــياة والآخرين وأيد ذلك ما جاء فى تقارير المدرســين الذيــن تــابعوهم خــارج غرفة العلاج ، وظهر أن مستوى تكيفهم الاجتماعى قد تحسين كثيرا .

وفــى دراسة أخرى أجراها وودوارد Woodward (١٩٥٨) جاء أنه لاحظ تقدما مشابها فى مجموعة من الأطفال المتخلفين عقلــيا فى مرحلة ما قبل الدراسة والذين كانت أعمارهم حوالى ثمانــية أعوام . وقد استمر برنامج العلاج معهم ثلاث سنوات فوجــد أن أطفال المجموعة كلها (عدا طفل واحد) الذين سبق أن ظهــرت علــيهم علامات الشيزوفرينا قد استجابوا للعلاج ، وأصبحوا يعتنون بأنفسهم وصاروا أقل خوفا وقلقا من ذى قبل

العلاج الجمعي Group Therapy

ولــم يستخدم العلاج عن طريقة اللعب مع المراهقين والبالغين من المتخلفين عقليا مثلما استخدم مع الأطفال . وقد يرجع هذا

الاتجـــاه إلى أن العاملين فى الميدان يعتقدون أن مواقف العلاج عن طريق اللعب لا تناسب الكبار فى السن .

يقـــوم العـــلاج الجمعى على إدارة جلسات منتظمة متتالية بين المعـــالج وعدد من الحالات (يتراوح عددها بين ٦ ، ١٠) فى وقت واحد .

ويعطـــى العلاج الجمعى الفرصة للتفاعل الاجتماعى كما يعطى الفرصــــة للحالات محل العلاج للتعامل المباشر مع مشكلاتهم . فيعطى كل فرد الفرصة أيضا لتقييم مشاكل الآخرين وخلال هذه العملـــية يتمرس على الفهم والتبصر بمشاكله النوعية وسلوكه الشخصـــى فكـــل فرد منهم له مشكلته الخاصة وفى هذا تأكيدا لعضـــويته فـــى هـــذه الجماعة وفى الوقت ذاته يرى كل منهم مشاكل الآخرين أيضا .

وقـــد اســـتخدم العلاج الجمعى مع المتخلفين عقليا بنجاح يدعو إلـــى التفاؤل ومن أمثلة تلك المحاولات محاولة العلاج التى قام بهـــا كوتزيـــن Cotzin (١٩٤٨) حيث أختبر تسعة أولاد من المتخلفين عقليا متوسط أعمارهم العقلية ١٤ عاما ونصف العام ومتوســـط نســـب ذكائهم ٦٢ ومتوسط فترة بقائهم بالمؤسسة خمســـة أعوام وقد وصف كوتزين هذه المجموعة من الأطفال بأنهـــا كانـــت متجانســـة ومتشـــابهة فـــى المستوى العقلى ،

والخصـــائص الشخصـــية والنضج الاجتماعى وفى مشاكل عدم التوافق فى الفصول التى كانوا ينتمون إليها .

وقد أعطى الباحث هؤلاء الأولاد عشر جلسات للعلاج استمرت كـــل واحـــدة منها ساعة وربع الساعة ودام العلاج لفترة ثلاثة أســـابيع انـــتقل خلالهـــا المعالج بالتدريج من موقف سلبى إلى موقف إيجابى غير مباشر وكان المعالج يسمح للأولاد بالتنفيس عـــن عواطفهم المكبوتة وعن عدوانهم خلال مباريات للملاكمة كانـــت تـــتلوها فـــيما بعد مناظر محاكمات يتناول فيها الأطفال أدوارهـــم فـــى الدفاع والاتهام وكانت هذه الأدوار تمثل الناحية الرئيسية التى دار حولها العلاج .

وقد أحدثت جلسات العلاج تغييرات أساسية فى سلوك الأولاد ، فانعدم العدوان والشعور بالكراهية وعلاوة على هذا فإن الأولاد اكتسبوا تفهما أكثر لمشاكلهم مما سهل عمل المعالج فى عملية التشخيص وفى توضيح ديناميات الشخصية فى كل حالة .

وبناء على هذه الدراسة أوصى كوتزين بالتعامل مع المجموعة كلهـــا لتحديد الأعراض السلوكية فى أول مراحل العلاج ، وبعد هذا تقسم المجموعة إلى مجموعات أصغر لا يزيد عدد كل منها عـــن خمـــس حالات حيث يصبح التقسيم ضرورة على المعالج لكى يتعامل مع كل حالة منفصلة عن الأخرى .

وقـد اسـتخدم العـلاج الجمعى مع المتخلفات عقليا فى بعض المؤسسـات بنجاح ملموس . فقد استخدم هذه الطريقة فيشر ، وولفسـن wolfson&Fisher (١٩٥٣) أمـا ميتشـل – سـميث ، وجوتسـجين ، وجوتسـجين Micheal-smith Gottesege & Gottesegen (١٩٥٥) فقد استخدموا طريقة معدلـة للعـلاج الجمعـى أسموها إعادة التكامل لمفهوم البدن والـنمو الاجـتماعى وتهدف هذه الطريقة إلى العلاج الحركى والعلاج اللغوى .

و قـد نجح هذان النوعان من العلاج مع حالات التخلف العقلى فى سن المراهقة والشباب .

أمـا سـنيدر وسيكرسـت فقـد قامـا بالعلاج النفسى الجمعى لمجموعـات مـن الجانحين المتخلفين عقليا فى نفس الوقت . واختـبار لدراسـتهم ثـلاث مجامـيع الأولـى كانـت تحتوى علـى ١٦ حالـة تلقت علاجا نفسيا جمعيا موجها والمجموعة الثانـية كانت تحتوى على ١٦ حالة أيضا تلقت مثل المجموعة الأولى دون إحاطتهم بحقيقة العلاج فقد قيل لهم إنهم يشاركون فـى إحـدى الدراسـات . أما المجموعة الثالثة فكانت تتكون من ١٣ حالة ولم تتلق أى علاج على الإطلاق .

وكانـــت المجموعة الأولى تتلقى لمدة ساعة كل أسبوع واستمر ذلـــك لفترة ١٣ أسبوعا متتاليا وكانت المجموعة الثانية تتلقى نفس البرنامج دون علم بغرض الجلسات ، وقد جاء فى تقارير القائميـــن بالإشراف على هذه المجموعات أن مجموعة العلاج الموجه أصبحت أفضل بكثير من المجموعات الأخرى فى تكيفها وسلوكها.

ويعـــاب علـــى هذه الدراسة عدم وجود موضوعية للحكم على التقدم الحادث فى الأطفال وبالرغم من أن الملاحظات الاكلينيكية لازمـــة لا محالـــة لكنها لا تكفى لتقرير قيمة طريقة معينة فى العلاج وقدرتها على إحداث تغيير معين فى السلوك .

وبالإضافة إلى الدراسات المذكورة فقد ثبت نجاح العلاج النفسى الجمعى فى توجيه وإرشاد الآباء

السيكودراما Psycho-drama

تعـــنى الســـيكودراما أداء الأدوار المختلفة بطريقة يشترك فيها فـــرد واحـــد أو عـــدة أفراد بهدف التوصل إلى حالة توازن أو تكـــيف عقلـــى معيـــن وقـــد يكون هذا الدور موقفا أو شيئا أو شخصـــا المطلـــوب أداؤهـــا . ولذلـــك فإن السيكودراما تعطى الفرصـــة للمراســـة العقلـــية ، أو لاختـــبار النماذج السلوكية الموجـــودة بالفـــرد والتى تظهر فى بيئة محددة وتحت إشراف

وفـــى مواقف معينة . كما أن أداء هذه الأدوار يسمح للتنفيس عـــن الشـــعور بالسعادة أو الإحباط على السواء ، فهى وسيلة لممارســـة مواقـــف مشـــابهة لمواقف الحياة الواقعية أى أنها تســـمح للفـــرد بـــأن يضع نفسه فى مكان الآخرين ، وأن يرى نفسه من خلال مشاهدة الآخرين له .

فالســـيكودراما وســـيلة مـــرنة للعلاج فهى تصلح للأطفال كما تصـــلح للكبار ، وتصلح للأولاد والبنات على السواء ، ومهما كـــان نوع مشاكلهم ، وتصلح مع كل المجموعات صغيرة كانت أو كبيرة ومهما كانت الأدوار المطلوب تأديتها محدودة .

وهـــناك نـــوع آخر من أداء الأدوار يشابه السيكودراما ولكنه يتطلـــب تحضـــيرا أكثر من مجرد أداء الأدوار ذلك هو مسرح العرائـــيس وهـــذا الـــنوع من العلاج يسهل اندماج الأطفال فى مواقفه المختلفة .

وبالـــرغم مـــن اتســـاع اســـتخدام مسرح العرائس في الفصلو الحاصـــة والعيادات النفسية إلا أن أسس استخدامه ونتائجه لم يتناولها الباحثون بالدراسة والتجريب حتى الآن .

علاج النطق والكلام والنمو اللغوى

Language therapy&speech

يتمـــيز الطفـــل المتخلف عقليا بقصور النواحى اللفظية لديه ، ولمـــا كانت اللغة تحتل مكانا كبيرا فى عملية التكيف فإن الطفل المـــتخلف يجد صعوبة فى تكيفه الاجتماعى ، ولذلك فإن علاج عـــيوب النطق والكلام وعلاج اللغة لدى المتخلف عقليا يؤدى بالضرورة إلى زيادة تكيفه النفسى والاجتماعى .

ولا تختلف عيوب النطق والكلام لدى المتخلفين عقليا عنها لدى الأســـوياء فـــى الذكاء فقد تنتشر بينهم عيوب النطق والإبدال والحـــذف ... الخ . إلا أن نسبة انتشارها بين المتخلفين أكثر مـــنها بيـــن الأسوياء ويضيف كيرك Kirk (١٩٦٢) أن هذه العيوب تزداد شدتها بزيادة درجة التخلف العقلى .

وقـــد أشـــرنا فـــى مكان آخر إلى دلالة البرامج العلاجية لعلاج عيوب النطق والكلام مع المتخلفين عقليا وبالرغم من أن معظم هذه البرامج يفيد حالات التخلف العقلى الخفيف والمتوسط ، إلا أنـــنا لم نتأكد بعد مما إذا كان التحسن فى النطق والكلام يحدث نتـــيجة لهذه البرامج وحدها أم نتيجة للنضج الذى يحدث خلال فترة العلاج .

وقــد أوضح كثير من الباحثين مثل سكلانجر ، شنيدروفانون ، وســترازولا أن هذه البرامج العلاجية يكون لها فائدة محققة ، ولكــن الأمر لا يتوقف عند علاج العيوب فقط بل إنه اتضح أن العوامــل البيئــية المختلفة وليست القدرة العقلية فقط هى التى تؤثر بالإيجابية أو السلبية فى قيمة العلاج .

إن علاج النطق والكلام يجب أن يهدف إلى التوصل إلى التكيف الاجــتماعى للفرد . فالعلاج يصحح الكلام ويعطى الطفل فرصة للتفاهم مع الغير والتعبير عن أفكاره ومشاعره وتنمية مفرداته وتوضــح له المفاهــيم والكلمات وبذلك يصل الطفل فى النهاية إلــى تحســين علاقاته الاجتمعية مع الآخرين . وأهم ما يميز عــلاج عيوب النطق والكلام ونمو اللغة هو إمكان إدماج أوجه النشــاط اللغوى فى المواقف المختلفة التى يتعرض لها الأطفال فى الفصول الخاصة أثناء تعليمهم أو تدريبهم .

وقــد أشرنا فيما سبق إلى أهمية استخدام الاختبارات الشخصية فــى هــذا المجال وأعطينا مثالا لذلك باستخدام اختبار القدرات النفســية اللغويــة . فقد أمكن باستخدام هذا الاختبار أن نحدد مواطن القوة والضعف فى النواحى اللغوية لدى الطفل .

ومــن دراسة البروفيل النفسى اللغوى يمكن رسم خطة علاجية لتقوية مواطن الضعف اللغوى عند الطفل وننصح القارئ الذى

يرغب فى التعمق فى هذه الناحية أن يرجع إلى ما كتب عن هذا الاختـبار فـى فصـل التشخيص أو العودة إلى الدليل الأصلى للاختـبار النفسى اللغوى وقد استحدث ضن Dunn (١٩٦٥) بـرنامجا لغويـا يـتكون من ١٨٠ درسا للعناية بكل النواحى اللغويـة وتنميتها بطريقة منطقية وتسلسلية . وضمن المؤلف هـذه الـدروس صـورا للمشـاهدة وأحاديث وأسئلة مسجلة وقصصـا ودليلا للمدرس يمكن الاستعانة به فى توضيح أهداف الـبرنامج وكيفية الانتقال من درس إلى آخر . ويسمى الجهاز باسم بيبودى لتنمية النواحى اللغوية .

وقد أثبتت التجارب نجاح هذا البرنامج مع المتخلفين عقليا فى الولايات المتحدة الأمريكية .

العلاج التصحيحى Corrective Therapy :

يشـمل العلاج التصحيحى أى علاج يمكن أن يؤدى إلى تحسين المظهـر العـام الخـارجى للطفل وأن يساعده على بناء الثقة بالـنفس . فقـد يتطلب الأمر عملية بسيطة لتعديل وضع بعض الأسنان البارزة أو إزالة أصبع زائدة أو ترقيع الشفاه المشقوقة فـى حالات " شفة الأرنب " أو التعديل الجراحى للفراغ الفمى ، أو تصـحيح فـى اليديـن أو القدمين ، ومن الطبيعى أن هذه العملـيات الـناجحة تكـون وسيلة تقود الفرد إلى تكيف نفسى

واجــتماعى أفضل بالتغلب على هذه النواقص والعقد التى كانت تعوقه عن تكيفه السوى مع الغير .

العلاج المهنى Occupational Therapy

يســمى العلاج المهنى " بالعلاج عن طريق العمل " وقد وصف ســوبر أهــداف العــلاج المهنى للمتخلفين عقليا بانه يدف إلى تعلــيمهم السلوك الاجتماعى المقبول خلال اندماجهم فى أعمال مــثل الرســم والأشــغال والتربــية الفنية والتربية الرياضية والموسيقى والترفيه .

والغرض من هذه الأنواع من النشاط هو إعداد المتخلفين عقليا فــى مؤسساتهم إلى تكيف أفضل يساعدهم على مسايرة الحياة العادية عندما يخرجون إليها بعد اكتمال تعليمهم أو تدريبهم .

وتؤكــد معظم الأبحاث والمقالات والكتب فى هذا المجال إمكان التوصــل إلى نتائج مشجعة للغاية مع المتخلفين عقليا ، ولذلك فــإن العــلاج عــن طريق العمل يجب أن يحتل جزءا هاما من البرنامج الكلى لتأهيل هذه الفئة . وهذا ما أكده منزل Menzel (١٩٥٢) ، دى ميتشل ، ودى ميتشل وتير وليجر ، وهيتشكوك (١٩٥٤) وعلــى مســتوى التخلف العقلى الشديد فإن ديونج وجــد تحسنا ملحوظا فى مجموعات المتخلفين من هذه الفئة ،

عــندما اســتخدم معهــم العلاج عن طريق العمل حيث تغيرت أساليب سلوكهم وأصبحت أكثر تكيفا .

وممـــا يـــبرر لنا استخدام العلاج النفسى عن طريق العمل مع المتخلفين عقليا تلك المكاسب السيكولوجية التى ينالها الأطفال فى مثل هذا النوع من العلاج وقد لوحظ أن من أهم الفوائد فى هذا المجال هى الرضا عن النفس وتحسن مفهوم الذات علاوة على انتظام الإنتاج الذى يصلح طريقا لكسب العيش . ويبدو أن هــذه الفوائد تبرر استخدام هذا النوع من العلاج مع المتخلفين عقليا .

أهداف العلاج النفسى للمتخلفين عقليا :

لقــد استعرضـــنا بعــض الطــرق والوسائل فى العلاج النفسى للمتخلفيـــن عقلـــيا وليس المقصود باستعراض كل طريقة منها علـــى حـــدة أنهـــا تستخدم بمفردها دون الطرق الأخرى أو أن إحداهـــا تفضـــل غـــيرها دون مـــراعاة لظروف العلاج . فإن الـــبحوث والخـــبرة أثبتـــت أن المعالج يستخدم ما يحلوله من الطـــرق بـــناء علـــى تقييمه الشامل للحالة والموقف ، سواء استخدام طريقة واحدة أو عدة طرق فهو يقدر الظروف ويختار مـــنها حســـب سن الحالة ومرحلة العلاج ونوع البرنامج الذى توجـــد به الحالة . فكل طريقة تصبوا إلى تحقيق هدف ما مهما

كان نوعيا أو بسيطا عاما أو شاملا ، سواء كان هدفا قريبا أو بعيدا .

فإن الهدف الأساسى للعلاج النفسى للمتخلفين عقليا يتجه نحو تحقيق تكوين وتنمية الفرد الذى يستطيع التكيف بطريقة حسنة ومـــتوازنة . والهـــدف الخاص لعلاج هذه الفئة يجب أن يكون تقدير الذات وتنميتها بطريقة واقعية .

ويـــرى روبنســـون وروبنســـون robinson&robinson (١٩٦٥) أن العـــلاج النفسى للمتخلفين عقليا لا يقود دائما إلى ارتفـــاع نســـبة الذكـــاء كمـــا كان متوقعا فى معظم الدراسات والـــبحوث المبكرة فى الميدان . ولكن الأهم من ذلك أنه يساعد المعـــالج الطفـــل المتخلف عقليا بطريقة تؤدى إلى تقدير الذات بطريقة واقعية بحيث يجعله فى النهاية قادرا على الاعتماد على الـــنفس فى حل مشاكل الحياة اليومية علاوة على تعامله بنجاح مع غيره من الناس فى المجتمع .

بعض الملاحظات على العلاج النفسى للمتخلفين عقليا

بالـــرغم من الدراسات والبحوث المتعددة التى تجعل أملنا كبيرا فـــى استخدام العلاج النفسى مع المتخلفين عقليا بنجاح إلا أنه يجـــب ألا نســـرف فى التفاؤل . وكذلك فإنه لا مبرر لأن نصبح متشـــائمين لدرجـــة أن نقـــرر العكـــس بأن المتخلفين عقليا لا

يســتجيبون للعلاج النفسى ، فالقوت مازال مبكرا للتوصل إلى قرار فى هذا الشأن ومازال الميدان يحتاج إلى بحوث منظمة ، واســتخدام طرق موضوعية للتقييم وقياس التغير الناشئ عن بــرامج العــلاج كما يحتاج معظم البحوث إلى استخدام عينات ضــابطة لاختبار صحة نتائجها . وفيما يختص بمفاضلة طريقة علاج على أخرى فما زلنا نحتاج إلى دراسات مقارنة بين طرق العــلاج المخــتلفة ، مع أى الحالات تصلح ، ومدى الأعمار ، وأى مســتوى من التخلف العقلى يصلح لها وتصلح معه ونوع الحالات ومسببات التخلف ، وما إذا كانت الطريقة تفضل غيرها داخل المؤسسات أم خارجها .... الخ .

وعلــى نفــس الدرجــة من الأهمية ، فإن الميدان يحتاج إلى دراســات تتبعية طولية بحيث تكشف عن قيمة التحسن الطارئ ومــدى ثباته وبقائه فى الحالات التى تم علاجها هل كان التغير مؤقتا أم مستمرا ، وما هى الظروف التى تؤثر فى ذلك ، وكيف يمكن مراعاة تلك العوامل فى برامج العلاج ... الخ .

إن الملاحظــة العامــة على دراسات العلاج النفسى للمتخلفين عقلــيا هى أن كل طريقة للعلاج تصلح مع مجموعة معينة من الحالات فى ظروف معينة مع معالجين من نوع معين ومستوى معين فى تأهيلهم وتدريبهم وخبراتهم .

وحتى الآن لم يستخدم العلاج النفسى مع المتخلفين عقليا على نطاق واسع ولا ندرى سببا لهذه الظاهرة وياحبذا لوجربت هذه الطـــرق فى المؤسسات التى تضم المتخلفين عقليا فى أقسامها الداخلـــية وحيث يحتاج هؤلاء الأطفال إلى تفهم ورعاية أفضل تقـــود إلـــى علاقات إنسانية دافئة ملؤها الشفقة والحنو وحيث تـــتوافر فى هذه المؤسسات الظروف لرسم وتنفيذ طرق العلاج المقترحة .

و إنـــنا نأمل أن يجتذب الميدان أكبر عدد من المتخصصين فى العـــلاج النفســـى ولـــربما ســـاعدت الجامعات والمعاهد العليا المتخصصـــة فـــى حـــل هذه المشكلة بتوجيه وإعداد عدد من خريجـــيها إلى ذلك النوع من العمل وخاصة فى ميدان التوجيه والإرشـــاد الـــذى يـــؤدى بالضـــرورة إلـــى رفع كفاءة برامج المتخلفين عقليا من الناحية العلمية والإنسانية .

توجيه وإرشاد الآباء Parental Counseling

تتضمن مناقشة العلاج النفسى للمتخلفين عقليا موضوعا آخر ، يرتـــبط ارتـــباطا مباشرا بالموضوع الأصلى ألا وهو موضوع توجيه وإرشاد آباء المتخلفين عقليا . فالآباء جزء لا يتجزأ من بـــرنامج العـــلاج النفسى لهؤلاء الأطفال . ولا يمكن للعلاج أن يكتمل أو أن ينجح إلا إذا وضعنا فى الحسبان تلك العوامل التى

ترتـــبط بالأســـرة والعلاقات الأسرية واتجاه الآباء نحو الإعاقة ودرجـــة تقبلهم لوجود حالة تخلف عقلى فى الأسرة وأثرها فى حـــياة الأطفال الآخرين ، وتأثيرها فى دورة حياة الأسرة بوجه عام .

فالحديـــث مـــع الأب فى شأن ابنه المتخلف ليس مجرد عملية استقاء معلومات عن الحالة ولكن العملية تتضمن أكثر من هذا وهـــى أن تقدم هذه المعلومات فى صورة وبطريقة تدعو الأب إلى تقبل حالة طفله من الناحية العاطفية وما يتصل بهذه الحالة من مشكلات فيتقبلها عن رضى وعزم على المساعدة وعمل كل ممكـــن مـــن أجلهـــا ، ولا شك أن هذا يتطلب أن يكون المعالج دبلوماســـيا وصـــبورا ومتفهما لكل نواحى المشكلة ودواعيها وإمكاناتها .

ففـــى بدايـــة العلاج ، يكون من أول الواجبات على المعالج أن يقود الأب إلى التقبل العاطفى لحالة الطفل المتخلف وأن يساعد للـــتعرف على حقائق المشكلة وعند التوصل إلى هذه المرحلة فـــإن الأب يعطى البيانات المطلوبة عن الحالة من تلقاء نفسه . ومـــثل هذا التعاون يساعد على التشخيص الصحيح للحالة كما يســـاعده علـــى التخطـــيط السليم لمساعدة الحالة وعلاجها فى المستقبل .

وقـد تمكـن كانر Kanner (١٩٥٣) من التعرف على ردود الفعل العاطفية عند الوالدين إذا ما وجدت حالة الإعاقة بالأسرة وتعكـس هـذه الأفعـال الاتجاهـات الذاتية للوالدين ومكونات شخصـياتهم وقد لخص كانر هذه الاتجاهات فى ثلاثة : الاتجاه الأول ويظهر فى أولئك الآباء الذين يتصرفون " تصرفا ناضجا " يـتفق مـع واقـع المشكلة فيتقبلون الطفل كما هو . فلا تكون هـناك مظاهـر لأى ارتـباط فى حياة الأسرة أو العلاقات بين الأسرة والأقارب أو بين الأسرة والبيئة .

أما الاتجاه الثانى فهو ذلك الاتجاه الذى يسلكه بعض الآباء فى " إخفـاء أو تبرير الحقيقة " فيعزفون الإعاقة إلى عام أو عدة عوامـل (غير واقعية) إذا ما صححت فإن الطفل سوف يعود بعدها عاديا مرة أخرى ويتجه هذا النوع من الآباء إلى الأطباء والأدويـة والعملـيات والوصفات البلدية والغرق فى الاجاهات السـاذجة لمعالجـة الحالة الأمر الذى يزيد من إحباط الوالدين علاوة على إصراراهم على توقعات غير عملية وغير علمية .

فمـن المعروف أن التشخيص أو العلاج المبكر من أهم العوامل فـى معالجـة بعـض الحـالات مثل حالة (PKU) أو حالات القصـاعة أو الجلكتوزيمـيا ولكن الأمر ليس كذلك إذا ما أصر الوالدان على أن علاجا مماثلا موجود لكل الحالات الأخرى من

الـــتخلف مهمـــا كـــان نوعها أو حالتها ، وتكون النهاية إنفاق تكالـــيف خيالـــية علـــى الطفل دون أدنى تحسن حتى أن بعض الآبـــاء يقولون فى شكواهم إنهم قد صرفوا كل ما يملكون على عـــلاج أبـــنائهم دون جـــدوى ... علاوة على تراكم شعورهم بالفشـــل والإحـــباط ، وما يصاحب هذا من تدمير للجو العائلى السوى أو إهمال للأبناء الآخرين لأن هذا الابن المعاق يستحوذ على نصيب كبير من وقتهم وجهدهم ومالهم .

أما عن الاتجاه الثالث بين آباء المعاقين فهو اتجاه نحو " نكران حالة الطفل المعاق " فهم لا يرون شيئا غير عادى فى الطفل .

و لذلــك فإنـــنا نـــرى هـــؤلاء الآبـــاء يهملون أبناءهم تماما أو يدللونهـــم ويحمونهـــم حمايـــة زائـــدة ، أو يكـــرهونهم أو ينبذونهم ... وكل هذه ردود فعل للاتجاه إلى نكران الإعاقة .

ولســـنا فـــى حاجة إلى إعادة تأكيد أهمية توجيه وإرشاد الآباء فهم فى حاجة إلى المشاركة الوجدانية والتفهم والفهم والإرشاد إلى ما يمكن فى سبيل مساعدة أبنائهم إلى الطريق الأفضل فى حياة الأسرة والمدرسة .

ومـــن أشـــمل الدراسات التى جاءت فى هذا الميدان ما قام به فاربـــر ومساعدوه وتلاميذه .farber,et al (١٩٥٦ ، ١٩٥٩ ، ١٩٦٠ ، ١٩٦٣) لدراســـة العلاقـــة بيـــن الآبـــاء وأطفالهم

المعاقيــن وأثر الإعاقة على العلاقات الأسرية بوجه عام ومدى تأثــر هذه العلاقات بعوامل متعددة مثل سن الحالة ، أو الجنس وترتيب الطفل فى الأسرة .

وعلــى وجــه العمــوم ، فإن تواجد حالة إعاقة بالأسرة يسبب اضــطراب دورة الحــياة العادية للأسرة فالطفل المتخلف عقليا تطــول مــدة اعتماده على الأم دون توقع صحيح إلى أى مدى ســيبقى الطفــل كذلــك ، ولا ندرى متى يعتمد على نفسه فى المســتقبل ، وهل من الممكن أن يقدم المتخلف فى سن الشباب علــى الزواج كغيره من أبناء الأسرة فى دورة حياتها العادية؟ كلهــا أســئلة لا يوجــد لهــا من إجابة مباشرة إلا الاعتراف بضــرورة الإشــراف عليه حتى يحين وقت الاستقلال إن وصل إليه المتخلف فى يوم من الأيام .

ويبدو أن التوافق الماضى بين الزوجين وتكامل الحياة الأسرية وهدوءها قبل ولادة الطفل المتخلف كل هذه تكون عوامل هامة فــى تحديد اتجاه الوالدين نحو الطفل المعوق بعد ولادته . فقد تبين من دراسات فاربر أن الأسر التى كان تقديرها مرتفعا فى تكــامل الحــياة الأسرية قبل ولادة الطفل المتخلف كانت تقابل المشــكلة بطــريقة أفضــل مــن الأســرة التى كانت تقديراتها منخفضــة علــى نفــس المعيار . وكذلك فإن الزوجين اللذين

يشـــارك بعضـــهما البعض فى تحقيق أهداف مشتركه كانا عند ولادة طفــل مــتخلف لهما أكثر واقعية من الزوجين اللذين لم يشارك بعضهما البعض فى تحقيق أهداف مشتركة . الأمر الذى دعــا فاربــر إلى استنتاج أن التكامل فى الحياة الزوجية يلعب دورا كبيرا فى مواجهة هذه المشكلات .

وقد تكشف لفاربر أن جنس الطفل المتخلف يكون له تأثير على درجـــة التكامل فى الحياة الزوجية بين الوالدين ، فعندما يكون الطفل المتخلف ولدا فإن درجة التكامل فى الحياة الزوجية تكون أقــل مــنها فــى حــالات البنت وخصوصا عندما يعيش هؤلاء الأطفـــال مـــع أســـرهم وليس فى مؤسسات . وأتضح أيضا أن وجــود حالة ولد من المتخلفين فى أسرة من المستويات الدنيا من الناحية الاجتماعية والاقتصادية يكون لها تأثير السلبى على الحـــياة الأسرية أكثر منه فى حالة البنات . ولكن هذا لايصدق علـــى الأســـر مـــن المستوى المتوسط من الناحية الاجتماعية والاقتصادية .

وقـــد وجـــد فاربر وجينيه Jennie&Farber (١٩٣٦) أن ارتفـــاع درجـــة التكامل فى الحياة الزوجية وارتفاع المستوى الاجـــتماعى الاقتصـــادى يرتـــبطان ارتباطا عاليا بدرجة ودقة الـــتفاهم بيـــن الوالدين والطفل ، فى موقف الرضا . وقد وجد

الباحـــثان أن درجة التفاهم فى الأسرة تختلف باختلاف الأديان على أن هذه العلاقة معقدة ويصعب تحليلها فى هذا المكان .

وكذلـــك لابــد أن وجـــود حالة طفل متخلف تؤثر على الأطفال الآخرين فى الأسرة من الأخوة والأخوات . هذا ما توسع فاربر فـــى دراســـته عـــام (١٩٥٩ ، ١٩٦٠) . حيث توصل إلى أن أطفـــال الأســـرة يكونون أقل تأثيرا بالاضطراب فى دورة حياة الأســـرة وأنهم يتأثرون بدرجة أكبر بالعوامل الشديدة الموقفية والـــتى يكـــون لها تأثير قصير المدى فى تعاملهم مع الوالدين والطفل المعوق نفسه . فالأطفال يكيفون أنفسهم فى حالة وجود أخ معـــاق عقلـــيا ، ويميل الأخوة والأخوات إلى اتباع اتجاهات والديهم نحو الطفل المعاق .

وذلـــك تكون عملية توجيه وإرشاد الآباء لازمة لتحويل السلبية نحـــو الطفل إلى اتجاهات إيجابية الأمر الذى يخلق جوا مناسبا للأخذ بيد الطفل فى ضوء التوقعات الحقيقية للحالة .

وعـــندما يتوقع الوالدان من الأخوة والأخوات أكثر مما تحتمل طاقـــتهم وإدراكهم أثناء تعاملهم مع أخيهم المعاق ينشأ صراع عنـــيف وإحـــباط وتوتـــر فـــى حياة الأسرة فيلقى بعض الآباء المسؤولية كاملة على باقى الأطفال للأخذ بيد أخيهم المعاق أو الأشراف عليه . وقد يقاسى هؤلاء الإخوة والأخوات من عقاب

الوالديـــن لعـــدم القـــيام بما يطلب منهم ، أو يلوم الآباء الطفل المتخلف ويكون مادة لعقابهم بصفة مستمرة ، حتى إذا مادخل إلـــى فصل خاص أو مؤسسة داخلية تحول الأب إلى عقاب أحد الأخـــوة فـــى غـــياب الأخ المـــتخلف . وقد ذكر لنا روبنسون وروبنســـون Robinson&Robinson (١٩٦٥) حالة من هـــذا الـــنوع من الآباء ، الذين يحيلون حياة الأسرة إلى عذاب نتيجة لإعاقة أحد الأبناء أو البنات .

كمـــا كشف لنا فاربر أن هناك عاملا آخر يؤثر على مدى تقبل الطفل المتخلف فى الأسرة ألا وهو "مدى ودرجة استقلال الطفل المـــتخلف" ومما يسمح له بأداته فكلما كان الطفل صغيرا كلما كـــان لذلـــك تأثير سلبى أكثر على الأطفال الآخرين . ويبدو أن الأخـــوات البنات يتحملن فى هذه الحالة أكثر مما يتحمل الأخوة الذكـــور وذلك لطبيعة ما ينتظر أن يقمن به فى رعاية الأطفال والمـــنزل تحـــت الأم وقـــد يخلق هذا جوا من التوتر بين الأم والبـــنات أكثر مما يحدث بين الأم والأولاد ، أو بين الأم وأفراد الأســـرة الآخرين . ويرى فاربر فى هذا المجال أن الأمر ليس مجرد وجود حالة طفل متخلف فى الأسرة ولكن الأمر يبدو فى مدى المسؤولية التى تلقى على أفراد الأسرة نتيجة لوجود هذه الحالة .

وفـــى بعـــض الأحيان ، نرى أن الوالدين يزايدان من انتباههما إلـــى الطفل المعاق ورعايته وإغراقه بالحنان والهدايا والنقود والملابس ، فيعطيان كل الوقت لهذا الطفل دون الآخرين ، مما يؤدى فى النهاية إلى إهمال الأطفال الآخرين .

ولاســـتكمال مفهـــوم العلاج النفسى للمتخلفين عقليا ، وأهمية توجـــيه وإرشـــاده الآبـــاء فـــى تكامل خدمات العلاج النفسى لأبـــناءهم ، يأتى تصور راينجولد Rhinegold (١٩٤٥) فى الاندمـــاج الـــتدريجى للآبـــاء أثـــناء توجـــيههم لتفهم الإعاقة ومساعدة أبنائهم المعوقين بطرق واقعية .

فـــيرى راينجولد أن الآباء يمرون بعدة مراحل فى هذا الاندماج تتغـــير خلالها اتجاهاتهم نحو أبنائهم ونحو الإعاقة بوجه عام .

وهـــنا يؤكد راينجولد أهمية الجلسات الأولى فى التوجيه وذلك لأن قيمـــتها بالغـــة ، فـــالهدف مـــنها هو مساعدة الآباء على اكتســـاب بصيرة وعمق نظر فى مشاكل أبنائهم وأن يؤدى بهم الأمـــر إلـــى التقبل الوجدانى للطفل على ما هو عليه من إعاقة عقلية . فليس من المستطاع أن يبدأ الأب فى وضع خطة لطفله قبل التوصل إلى هذه المرحلة .

ويـــتقدم المعـــالج خـــلال مقابلاته من خطوة إلى خطوة أخرى ويكـــون دور المعـــالج فـــيها لســـبيا أو إيجابيا حسبما تتطلب

المـــرحلة أو الـــدور المطلـــوب منه أداؤه ولكن خلال كل هذه المواقـــف يجـــب أن يـــبدى اهتمامه واكتراثه واندماجه الكلى ومشـــاركته الوجدانية ويظهر دبلوماسية وكياسة وتفهما كاملا للموقـــف . وقـــد لاحظ راينجولد أن الآباء يمرون بمراحل ست خـــلال توجـــيههم وإرشـــادهم وتبدأ هذه المراحل بتقبل الآباء للإعاقة أو الاعتراف بالمشكلة ، ثم يبدأ الآباء فى وصف سلوك الطفـــل ويصـــبح الحصـــول على بيانات عن التاريخ التطورى المعـــالج عـــن المشـــكلة ومـــا يفكـــر فيه المعالج من أجلها ، فالمـــرحلة الرابعة التى يسأل فيها الأب عن مسببات الحالة ثم الخامسة التى يسأل الأب فيها عن وسائل العلاج وتأتى المرحلة الأخـــيرة عندما يسأل الأب عن الخطوات التى يجب اتباعها مع الحالة .

ويؤكـــد راينجولد أهمية تشجيع الآباء على التحدث عن أبنائهم وعـــن مشـــاعرهم نحوهـــم بالحب أو العطف الزائد أو النبذ أو الشعور بالذنب . كما يجب أن يشجع الآباء للتحدث عن إمكانات الحالـــة وإعاقاتها وما يمكن أن يفعله الابن وما لا يستطيع أن يعملـــه فقد يساعد ذلك كله على التقييم الواقعى للحالة وتحديد ورسم خطة واقعية للعلاج والتأهيل .

ولا نكــتفى عــند هذا القد ، بل يجب أن نجعل الآباء يشعرون بــأنهم يشـــاركون بقــدر المستطاع فى حل المشكلة وفى عمل القرارات الخاصة بشأن الطفل فإن مشاركتهم فى ذلك هى خير ضـــمان لرضى الأب عن خطط المستقبل وحيث يكون الآباء قد اكتسبوا عمقا فى النظر إلى المشكلة وواقعية فى إمكانات حلها ولا يــتأتى ذلــك كله إلا إذا اكتسب الآباء هذه الاتجاهات خلال جلسات التوجيه والإرشاد .

الفصل الثانى

التبول اللاإرادي

الفصل الثاني

التبول اللاإرادي

تعتـــبر حالة التبول اللاإرادي من اكثر حالات الاضطراب شيوعا بين الأطفال في مرحلة الطفولة وهى تظهر عند الأطفال الذين يعانون من بعض المشاكل العاطفية والانفعالية كما تظهر عـند غـيرهم ممن لا يعانون من هذه المشاكل العاطفية. تشير الملاحظات إلى أن بعض الأطفال يبللون ملابسهم في الليل فقط وبعضـــهم فـــي الـــنهار والبعض الآخر يبلل ملابسه في الليل والنهار أيضا. هذا ولا تعتبر حالات التبول اللاإرادي مشكلة إذا مـــا حدثت في الطفولة المبكرة أي قبل سن ثلاث سنوات إلا إذا اســتمرت إلـــى مـــا بعـــد هذا السن حيث تعتبر حالة مرضية (سلومون Solomon,1971) . يذهب (كولب Kolb, 1968) إلى أن نســـبة ٨٠% مـــن أطفـــال سن السنتين عامة يبولون على أنفســـهم لاإراديا، وان معظم الأطفال في نهاية السنة الثالثة من عمرهم يقلعون عن عادة التبول هذه وتبقى النسبة القليلة منهم والتي تشكل مشكلة يهتم بها الآباء والأمهات من جهة كما يهتم بها الأطباء والمعالجون النفسيون من جهة ثانية .

يعرف البعض التبول اللاإرادي بشكل عام "بأنه حالة من

عدم السيطرة علي التبول على أن تكون ثابتة وتظهر لدي طفل يــزيد عمـــره عن سن الخامسة ،أما بولر (Baller ،١٩٧٥) فيعتـــبر التـــبول الـــلاإرادي بأنه: (حالة من التفريغ اللاإرادي للمـــثانة لـــيلا عـــند طفل يزيد عمره عن ثلاث سنوات ونصف بمعـــدل لا يقل عن مرتين في الأسبوع من غير أن تظهر عنده أسباب عضوية واضحة ".

ويقصـــد بالتبول اللاإرادي كما جاء في المصنف الرابع الأمريكـــي للأمراض النفسية DSM-IV، على أنه تكرار التبول فـــي الملابـــس أو الفـــراش لخض النظر عن كونه لاإراديا أو مقصودا، وحدث مرتين في الأسبوع على الأقل، والمستمر إلى ثلاثـــة شـــهور أو أكـــثر فـــي غـــياب الأســـباب العضـــوية (Harold , 1994) .

و تنتشـــر مشكلة عدم القدرة على ضبط عمليتي التبول والتـــبرز عـــند الأطفال في كل المجتمعات البشرية إلا أن طرق التدريـــب ومحـــاولات السيطرة على هذه المشكلات تختلف من مجـــتمع إلـــى آخر، كما أن الطرق العلاجية تنوعت ولم تظهر حـــتى الآن فعالـــية طـــريقة دون غـــيرها Daniel and (Terence,1975) .

ومـــن الملاحظ أن حوالي ٢٥% كل ن يبولون في الليل

تظهـــر عندهم هذه المشكلة في النهار أيضا وان نسبة الأطفال الذين يبولون لاإراديا تتناقض تدريجيا مع تقدمهم في العمر.

ولـــتحديد نسبة الأطفال الذين تزيد قدرتهم على السيطرة علـــى تبولهم ليلا ونهارا مع زيادة العمر فان العلاقة بين العمر والـــتحكم فـــي التبول تعكس السير التلقائي للعملية. ففي عمر الســـنة يكـــون بعض الأطفال قد تعلموا ضبط التبول خلال الليل وفي عمر السنتين ونصف يكون نصف الأطفال تقريبا قد ضبط التـــبول فـــي اللـــيل والـــنهار. وفي عمر الثالثة تصل النسبة إلـــى ٧٥ % مـــن الأطفال أما في عمر الخامسة فتكون النسبة العظمى من الأطفال قد تعلمت ضبط التبول ويبقى حوالي ١٠% منهم يعانون من المشكلة ، وبعد هذا السن تتناقص هذه النسبة وبنســـبة ٥ ١ % منهم سنويا (١٩٧٥ Boller et al,1973) (Kalvin,et .ويشـــير (Solomon، ١٩٧١) إلى أن هناك ثلاثة أنـــواع مـــن التـــبول اللاإرادي وهي: التبول الانتقامي والتبول العدوانـــي، والتبول الذي لا يعود لأسباب أسرية أما وراثية أو ترتـــبط بطـــريقة التدريب على التبول واتجاهات الوالدين نحو عملية التدريب هذه.

ويـــتفق (كولبKolb,1968)، مع (Solomon ، ١٩٧١) في أن اتجاهات الوالدين وطبيعة التدريب على التبول لهما دوراً

مؤثـــرا فـــي التسبب بحالات التبول اللاإرادي، كما يشير كولب (Klob ، ١٩٦٨) إلـــى عـــدم وجود علاقة بين الذكاء والتبول الـــلاإرادي مؤكدا على أن طريقة معاملة الأمهات بشكل خاص للأطفـــال تلعـــب دورا هاما في هذا الجانب وذلك لان الام التي تحمـــى طفلها حماية زائدة كثيرا ما تسبب له مثل هذه الحالة، ويفســـر كولـــب تأثـــير اتجاهـــات الوالديـــن على حالة التبول اللاإرادي بان الطفل يحاول يرضي الوالدين ويكسب ودهم بعدم تبليل فراشه أو ملابسه وانه في حالة إدراك الوالدين لذلك فإن الطفـــل سيعمل عل عدم تبليل فراشه دائما ليلقى قبولا وحبا من قبل الوالدين.

أما علي كمال (١٩٦٧) فيرى أن التبول الليلي ما هو إلا عادة طبيعية تحدث في السنة الأولى من العمر، وان هذه العادة تقـــل تدريجيا بعد ذلك مشيرا إلى أن حوالي ٨٩% من الأطفال تـــتوقف عـــندهم هـــذه العادة في نهاية السنة الثالثة، إلا أنها تســـتمر عـــند البعض الأخر، كما يتفق علي كمال مع كولب في أن مســـتوى الذكاء ليس له علاقة بالتبول اللاإرادي. أما احمد عكاشـــة (١٩٦٩) دراسة ميدانية بين طلاب مدارس الابتدائية والإعدادية شملت المدارس الخاصة والحكومية في مدينة طنطا ووجـــد أن حـــالات التبول اللاإرادي أكثر انتشاراً في المدارس

الحكومــية وفســر ذلك على أساس تدني المستوى الاقتصادي والاجتماعــي كما وجد أن هذه المشكلة تنتشر بين الأولاد اكثر منها بين البنات، أما فيما يتعلق بعلاقة التبول اللاإرادي بالذكاء فلم يتفق احمد عكاشة مع كل من كولب وعلي كمال حيث وجد أن الأطفــال الذين يعانون من مشكلة التبول اللاإرادي كانوا من ذوي الذكاء المنخفض أو المتوسط.

وتذكر (Jonathan,1993) أن التبول اللاإرادي يؤدي إلى عــدم الارتياح النفسي بالنسبة للطفل، فيشعر بالذنب وتدني في معنوياته النفسية وتقل ثقته بنفسه،كما تعاني الأسرة من القلق والــتوتر بســبب هــذه المشكلة وتبدو ظاهرة التبول اللاإرادي شــائعة عند الأطفال الذكور، حيث يشكلون ضعف حالات الإناث (Hirasing, 1991) ، وهــم أبطــأ من الإناث في اكتساب عادة الــتحكم فــي الــبول، إلا أن ٩٠% عــن الأطفــال المتبولين يســتطيعون التحكم بالبول خلال النهار (Meadow,1986) ومن الجديــر بالذكر أن عملية التبول اللاإرادي تتحسن عند الأطفال مــع مــرور الوقــت، إلا أنها تتأثر بالقدرة العقلية لدى الطفل، والنضــج الاجتماعي، ومحددات البيئة الثقافية، وطبيعة التفاعل النفسي والاجتماعي داخل الأسرة (Harold, et al,1994) .

المراحل السلوكية لتطور ضبط التبول عند الأطفال

تـــزداد الفـــترة الزمنية التي يبقى فيها الطفل نظيفا مع زيـــادة العمر ويبدأ سلوك الطفل تطوره منذ الشهر الأول حيث يكون رد فعل الطفل الأول عندما يتبلل هو البكاء والصراخ وقد يستيقظ بعض الأطفال قبل فترة قصيرة من تبولهم. والواقع أن بعض الأطفال يتمكنون من النظافة خلال الليل قبل نهاية السنة الأولـــى من عمرهم. وفي سن ١٥ شهرا فان الطفل عندما يبلل ملابســـه يستيقظ ويبكي حتى يتم تغيرها له، ويميل الأطفال إلى اســـتعمال المفهـــوم نفســـه للدلالة على كل من عمليتي التبول و التـــبرز . فـــيما بين عمر ١٨ - ٢٤ شهراً يخبر الطفل أمه عـــادة بان ملابسه الداخلية قد اتسخت أما في السنة الثانية فان الطفـــل يســـتعمل مفاهـــيم مختلفة للدلالة على عمليتي التبول والتـــبرز ، وبعـــد ذلـــك بقليل يعي الطفل لمثانته عند امتلائها فيصرخ معلنا عن انه على حدوث بتبول ويدور في حركات تدل علـــى طلـــب المساعدة. في المرحلة التالية يحتفظ الطفل ببوله لفـــترة يعي الحاجة الملحة للتبول ثم يبدأ الطفل في الذهاب إلى نـــزع ملابسه قبل أن يتبول وهذا قد يكون أسهل إذا كان الطفل قـــادرا علـــى المشي وكان المكان أو الوعاء المخصص للتبول قريبا .

و خـــلال هــذه المرحلة فان الطفل يصبح قادرا على أن يفــرغ مثانـــته كل ليلة كليا . أما في عمر الثالثة فان يعلن عن رغبـــته في الذهاب إلى الحمام عادة بفخر واعتزاز ويميل إلى الـــبقاء فـــيه لفترة أطول ويمضى في اللعب. وفي عمر الرابعة يعلن الطفل قدرته على التحكم في التبول لكل زائر باهتمام بالغ بـــإغلاق الحمام خلفه طالبا البقاء وحده خلال عملية التبول في هــذه المــرحلة أيضا يتمكن الطفل في أن يفرغ مثانته في اقي درجـــة مـــن الامتلاء دون الحاجة إلى الانتظار حتى تمتلئ كليا وهــنا يكون قد تحول من مجرد عملية ارتكاسية على شكل رد فعل لاإرادي إلى عملية إجرائية إرادية يتهم الطفل عند الحاجة، حيث يعتبر نمر سيطرة الطفل على مثانته علامة لنمو استقلاله الـــذات ، وهكذا نجد انه قد يتم عادة إلى اللاإرادي في أي وقت خلال الطفولة إلا إنها قد تستمر أحيانا حتى سن المراهقة حين تـــم! مســـارها بشـــكل طبيعي. أما الذين يستمرون في التبول اللاإرادي .b نهم ٩ إما أن يكون الطفل لم يتعلم ضبط تبوله في الأماكـــن الناشفة أو أن يكون قد تعلم ضبط تبوله سابقا ولكنه عـــاد إلى العادة فيما بعد وهؤلاء هم المنتكسين الذين وجد أنهم اقل من غيرهم في نسبة الذكاء كما وانهم اكثر أفعالا وقلقا

أسباب التبول اللاإرادي

يعود التبول اللاإرادي في الغالب سواء كان أوليا، بمعنى أن الطفـــل قد استمر في التبول ولم يتعلم بعد ضبط مثانته، أو كان ثانويا (نكوصيا) إلى أحد العاملين التاليين عامة:-

١ -اضـــطراب أو خلـــل فـــي الجهاز البولي أما بسبب الوراثة أو بسبب الأمراض الق يمكن تصيب الأجهزة البولية.

ب- أسباب نفسية انفعالية تربوية.

أمـــا بالنسبة للفئة الأولى من الأسباب فتعود في الغالب إلـــى الأمراض التي تصيب مجاري البول أو غيرها أو تلف أو اضطرابات بنيوية في الجهاز البولي كصغر حجم المثانة مثلا أو اتساع فوهة المثانة... الخ. أما عن العوامل النفسية والعاطفية والتربوية فيذكر (Kolb,1968) أن الطفل يمكن أن يبلل ملابسه أو فراشـــه نتيجة وجود مولود جديد في الأسرة وذلك لان الام تركـــز عنايـــتها على الطفل الجديد وتهمل الطفل السابق كذلك يشـــير إلى أن الطفل العدواني ميال للتبول وبهذا فهو يتفق مع كـــوران وبارتـــرج وســـتوري (Curran,Partridge and Story,1972) كذلـــك فان انتقال الطفل من مرحلة إلى أخرى قد يكـــون ســـببا فـــي التبول اللاإرادي حيث تتطلب تلك المرحلة

الجديـــدة سلوكا جديدا يجد انه من الصعب التكيف معه فتظهر لديـــه ص يحـــدث عند بعض الأطفال لدى ذهابه إلى المدرسة لأول مرة. يضاف إلى ذلك أن ممارسة العقاب قد تؤدي إلى هذه الحالـــة وهنا فان الطفل يقوم بسلوك انتقامي يسعى إلى التبول وتوســـيخ ملابســـه أو فراشه انتقاما من الذين يمارسون عليه العقـــاب (كولـــب ١٩٦٨، Kolb) كذلـــك فان عامل المنافسة والغـــيرة بين الأطفال في الأسرة الواحدة والذي يشجعه الآباء أحـــيانا بشـــكل خاطـــئ بالإضـــافة إلي الاحباطات والنقد الذي يـــتعرض له الطفـــل من أفراد أسرته قد تؤدي إلى حالة التبول اللاإرادي .

أمـــا عـــن هـــذه الأســـباب النفســـية والعاطفية للتبول اللاإرادي فيذكر (Kahn, ١٩٧٣) أن هناك عدة أسباب في فشل الطفـــل ضـــبط التـــبول أصـــلا أو في عودة الطفل إلى التبول الـــلاإرادي بعد أن يكون قد سيطر على عملية التبول هذه يمكن تلخيص هذه الأسباب فما يلي:

١- انخفاض مستوى الذكاء: ذلك انه من المتوقع أن تكـــون عملـــية ضـــب عند الأطفال المتخلفين عقليا منها عند الأطفال ذوي المستويات السوية في الذكاء

٢- الظروف الاجتماعية والمعيشية: ويكون السبب هنا فـي نقـص التدرب بسبب تعدد الأطفال في الأسرة واكتظاظهم عند النوم في الغرفة الواحدة.

٣- التدريـب الزائد: ذلك أن الاهتمام الزائد في تدريب الطفـل على ضبط وتفريغ المثانة يزيد من حساسيتها للاتساع ولذلـك فـان محاولة ضبط عملية التبول دون مراعاة ا الطفل تخلـق عنده قلقا يؤثر في سلوكه تأثيرا سلبيا يجعله غير قادر على الضبط عند وجود الحاجة .

٤- المواقـف النكوصية: وهنا نجد أن الطفل يعود إلى أنماط سلوكية، طفولية سابقة عندما يتعرض لضغط عاطفي من نـوع مـا أو خلال فترة المرض الجسمي الذي قد يتعرض له الطفـل ، مـن هذه المواقف الانفصال عن الام أو وجرد مولود جديـد اصـغر مـنه يحظـي باهـتمام الام أو ظـروف الامتحانات ... الخ.

٥- التثبيـت فـي مستوى طفولي: حيث يستمر بعض الأطفـال غـير قادرين علي ضبط عملية التبول بسبب تغاضى بعـض الوالديـن عن ضبط ابنهم لتبوله لعدم وجود طفل آخر غيره فتستمر معه العادة إلى سن متقدمة .

٦- العدوانية: حيث يظهر بعض الأطفال سلوكا عدوانيا

نحـــو أمهـــاتهم يتمثل في التبول اللاإرادي كوسيلة للتعبير عن الـــتمرد أو نتـــيجة صراعاتهم التي يعانون منها نتيجة لعملية الضبط.

٧- اللذة أو الاستمتاع بالدفء الذي يعقب عملية التبول أثناء النوم مما يزيد من استمرار هذا السلوك الخاطئ.

هـــذا ويضيف البعض إلى هذه الأسباب عوامل من مثل الأحـــلام والكوابـــيس التي يعيشها الطفل أثناء النوم، الخوف، والعقـــاب وإهمـــال الآبـــاء والأمهات وعدم اهتمامهم بمساعدة الطفـــل علـــي اكتساب عادة ضبط عملية التبول وما يعود إلى سوء التدريب أو عدمه في الطفولة المبكرة. وبالرغم من تعدد الأســـباب التي قد تساهم في التبول اللاإرادي فانه يمكن النظر ألـــيه علي واحد من اضطرابات العادة أو انه سلوك غير تكيفي (١٩٧٧ ، sIett ا، ط) وانـــه كما يرى، (Wooly) مشكلة في التدريب على العادة (٩٧٢ أ ، Bakwin and Bakwin)

العلاج

لقـــد تعـــددت طـــرق العلاج التي استخدمت في معالجة التـــبول الـــلاإرادي وأخذت أشكالا مختلفة بعضها طبي علاجي وبعضها نفسي.

أمـــا العـــلاج الطبـــي فيعتمد على استخدام العقاقير أو اللجوء إلى العمليات الجراحية في بعض الحالات ويذكر كوران ورفاقـــه (Currin,et al، ١٩٧٢) أن استخدام الدواء ضروري مـــع الحـــالات التـــي تعاني من نوم عميق كما يمكن استخدام العقاقـــير المقويـــة للجهاز السمبثاوي والتي تخفض من النوم العمـــيق مـــثل الـــبلادونا واللايثالين وغيرها من الأدوية وهذه العقاقـــير تـــزيد مـــن ق المثانة على الاحتفاظ بكميات اكبر من البول. كما يمكن استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب. التوفرانيل التريبتيزول بكميات تتراوح ما بين ٢٥ - ٧٥ ملغم يوميا حيث تكـــون هذه العقاقير مضادة للأعصاب الباراسميتماوية، ومن ثم تقوى الأعصاب السميثاوية وبالتالي تساعد علي احتفاظ المثانة بكميات اكبر من البول وتقلل من مستوى القلق والاكتئاب التي يعاني منها الطفل وتساعد على تشكيل الفعل المنعكس الشرطي الجديـــد وهـــو اليقظة عند امتلاء المثانة وفي هذه الحالة فان العلاج يجب أن يستمر لمدة لا تقل عن ثلاثة شهور حتى نتأكد مـــن ســـلامة الفعل المنعكس الشرطي الجديد (احمد عكاشة ، ١٩٦٩) .

أما العلاج النفسي فقد استخدام أساليب متعددة تراوحت مـــن إعادة التدريب إلى إرشاد الوالدين والطفل وتدريب الطفل

على الاحتفاظ بامتلاء المثانة وتعزيز هذا السلوك إلى الأساليب الاشـراطية القائمـة علـى أساس استخدام جهاز علاج التبول لإحـداث الاقـتران بين الصوت الذي يحدثه الجهاز عند بداية عملـية التـبول وامتلاء المثانة كمثيرين لإيقاظ الطفل، ذلك أن الصـوت المفاجـئ الذي يصدر عن الجهاز يشكل مثيرا طبيعيا للـيقظة وانه حين يقترن في عدد من المرات مع امتلاء المثانة فـان عملـية التعلم الشرطي تحدث بحيث يصبح امتلاء المثانة وحده مثيرا شرطيا وكافيا لإحداث اليقظة وبالتالي سلوك التبول الصحيح.

حيـث اسـتخدم مورر ومورر عام ١٩٣٨ جهاز البول الرنان Enuresis Alarm أو Bell and pad وقد وصلت نسبة التحسـن فـي دراسـات لاحقة إلى ٧٠% عند الأطفال الذين يعـانون مـن مشكلة التبول اللاإرادي،إلا أن الانتكاسات كانت تصـل إلى ٣٠%. (Cordon and Husmann , 1987) كذلك فـإن هـناك تحفظات على استخدام طريقة الجرس لأنه يشكل إزعاجا بالنسبة للطفل وباقي أسرته (Sarnuel , 1980) .

واستخدم سميث عام ١٩٤٨ طريقة حبس البول لعلاج مشـكلة التـبول اللاإرادي، وذلك بأن يؤخر الطفل عملة التبول عـند امتلاء مثانته لفترة من الوقت، ويكرر هذه الطريقة لفترة

زمنـــية، كما استخدم باسجالس عام" ١٩٧٢ نفس الطريقة مع إعطـــاء الحوافـــز، وقـــد أظهرت الطريقة تحسنا بسبة ٥٠% (Shaffer ١٩٨٧) .

واقترح شارلز، هوارد بأن يقوم الطفل بتفريغ البول في مـــبولة لمعـــرفة كمية البول، وفي كل مرة!م نشجع الطفل على حـــبس الـــبول لفترة زمنية أطول حتى تزداد كمية البول،وينم كذلك تقديم المعززات المادية والمعنوية (هوارد١٩٨٩)

ولقـــد أشـــار دويل (Doyle) إلي وجود أعداد كبيرة من الدراسات التي تؤكد نجاح الأساليب السلوكية في معالجة التبول الـــلاإرادي والتـــي تصـــل نســـبة الـــنجاح فيها إلي ما يقرب من ٩٠ % في بعض الحالات. (Spence,et al,1976)

و ستوضـــح دراســـة (Sloop and Kennedy,1973) استخدام الطريقة السلوكية التقليدية في معالجة التبول اللاإرادي باســـتعمال جهاز معالجة التبول الذي يحدث صوتا يوقظ الطفل عـــند بداية التبول ويؤخذ الطفل مباشرة إلى الحمام . فقد أشار الباحثان إلي تحسن ملحوظ في سلوك التبول عند مجموعة من الأطفـــال المتخلفين عقليا على اثر المعالجة التي استمرت مدة أحـــد عشـــر أســـبوعا. فقـــد وجد أن ٥٢% من الأطفال الذين خضـــعوا للمعالجـــة قـــد وصـــلوا إلـــي مرحلة النظافة الكاملة

لمــدة ١٤ يومــا بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة الذين أخذوا إلي الحمام مرتين كل ليلة سواء بللوا فراشهم إن لا حيث وجــد أن طفــلا واحدا منهم فقط ويمثل ٥ % قد أظهر تحسنا وبهــذا الأسلوب العلاجي يعتبر تعلم الطفل ضبط تبوله استجابة تجنــبه الإفاقة المفاجئة ليلا والذهاب إلي الحمام وهي بحد ذاته نتيجة غير سارة .

أمــا لقد استخدموا أسلوبا آخر وحاولوا فيه تعزيز ضبط المثانة إيجابيا بدلا من التركيز علي سلوك التبول في حد ذاته. وبمعني آخر فقد اهتموا بتعليم الطفل وتدربه عل الاحتفاظ لمدة تــزيد طــولا مــع التقدم في عملية التدريب على اثر ذلك عل المعــززات الاجتماعــية والمادية أو الرمزية التي يمكن للطفل استبدالها بما يشاء.

أمــا نــتائج هاتين الدراستين فقد أشارت إلى نجاح تلك الطــريقة فــي معالجة التبول الليلي أو أثناء النهار وفي فترة زمنية قصيرة نسبياً . هذا بالإضافة إلى أن أ الأسلوب قد استمر لمدة ثلاثة أشهر بعد انتهاء عمل! المعالجة

أمــا (Stedman,1972) فقــد ترك مسؤولية المعالجة للمربي نفسه حين طلب من فتاة في عمر الثالثة من عمرها أن تــتحمل مســؤولية تعليم وتدريب نفسها على الاحتفاظ بامتلاء

المثانة دون الذهاب إلى الحمام ، وذلك بزيادة مدة الاحتفاظ هذه مـــع الزمن وفي نهاية الأسبوع الثامن من المعالجة كان معدل تـــبول الفتاة مرتين في الأسبوع. ولدي متابعتها لمدة تاسلعتها لمدفـــي بهاثـــة الا!بر وجد ان مرات التبول لم تتعد أرج مرات خلال الثلاثة ة أشهر أما تيرنر ورفاقه (١٩٧٠ ،. , Turner et al) فلم يتمكنوا من إيجاد فروق ذات دلالة بين المجموعات العلاجـــية ســـواء تلـــك التـــي عولجـــت بواسطة جهاز التبول وبأساليب مختلفة من حيث تقديم الإشارة الصوتية أو تلك التي اتبعـــت الإفاقة العشوائية أو التي استخدم معها العلاج الوهمي حيـــث دلـــت النـــتائج علـــى المعالجـــة عن طريق الاشراط قد استطاعت وقف التبول في بداية المعالجة بنسبة ٨١,٤% ولكن معـــدل أو نســـبة الانتكاس كانت عالية. هذا وقد دلت الدراسة مبدئـــيا علـــى الأقل إمكانية تكرار سلوك التبول اللاإرادي عن طـــريق الاشراط المرتبط بالتعزيز المتقطع، إلا أن مشكلة عدم تعـــاون الوالدين وخاصة من أبناء الطبقة العاملة كانت من بين المشـــكلات التي اتضحت في سير الدراسة مما ، يمكن اعتباره سببا في التقليل من فعالية تلك الأساليب الاشراطبة. أما فانيلي ورفاقـــه (١٩٧٣ . et al Finley) فقـــد اهـــتموا بالـــتأكد من الفرضية التي تقول أن معدل الانتكاس على أثر استعمال جدول

الـــتعزيز المتقطع (r . I) سيكون اقل منه عند استعمال جدول الـــتعزيز المستمر ولذلك فقد اهتموا بمعالجة ثلاثين من الذكور قســـموا إلـــى ثـــلاث مجموعات تعزيز مشمر (r . c) ، تعزيز مـــتقطع (i . r) ومجموعة ضابطة بدون تعزيز. أما نتائج تلك الدراسة فقد أشارت إلى إن مجموعتي التعزيز قد تعلمتا سلوك النظافة وبنفس عدد المحاولات ونفس معدل "النجاح تقريبا إما معـــدل الانـــتكاس فقـــد كان أعلى وبفرق ذي دلالة عند أفراد مجموعـــة الـــتعزيز المســـتمر منه عند أفراد مجموعة التعزيز المتقطع. أما المجموعة الضابطة فلم تظهر أي تحسن ملموس خـــلال مدة العلاج التي استغرقت ستة أسابيع. وبهذا فان نتائج هـــذه الدراســـة تـــأتى مؤيدة أيضا لفكرة انه يمكن النظر إلى الانـــتكاس علـــى أساس محو سلوك أو استجابة متعلمة وعليه فانـــه يمكـــن العمل علي معالجتها ثانية. هذا وقد حاول (يونغ ومورجان (Young and Morgan ,1973) اختبار الفروق بين ثلاثـــة مستويات من شدة المثير الصوتي في الجرس المستخدم فـــي إفاقـــة الطفـــل والمرتـــبط مع جهاز التبول، إلا أن نتائج دراستهما لم تظهر أية فروق بين المجموعات الثلاث سواء في فعالية المعالجة أو في معدل الانتكاس بعد المعالجة.

أما ازرن ورفاقه (Azrin.et al,1973)فقد اهتموا بتطبيق أســلوب الفرشة الناشفة – Dry) (Bed Procedure والقائم عــل أســـاس تطبـــيق بـــرنامج مكثف لمجموعة من البالغين المتخلفيـــن عقلـــيا يقـــوم على أساس التعزيز الإيجابي لأنماط الســـلوك الصحيح فيا يتعلق باستعمال الحمام، والتعزيز السلبي لحوادث التبول، والتدريب الإيجابي لاستعمال الحمام ليلا وزيادة مســـتوى الـــبول عـــن طريق إجبار المريض تناول المزيد من الســـوائل بالإضـــافة إلى الانتباه المباشر والآني لأنماط السلوك الصحيحة والخاطئة في استعمال الحمام. هذا وقد وجد الباحثون أن لـــيلة واحـــدة من التدريب المكثف كانت كافية لإنهاء عادة التبول اللاإرادي عند من اعتبر منهم متبولا متوسطا، كما قلت حوادث التبول اللاإرادي عند المجموعة بما يساوي ٨٥% من معدلهـــا الســـابق خـــلال أســـبوع واحـــد مـــن التدريب وبما يســـاوي ٩٥ % في الأسبوع الخامس وبدون أي حالة انتكاس بعد ثلاثة اشهر من المتابعة، في حين أن استخدم جهاز التبول الصوتي مع نفس المجموعة سابقا وبدون استعمال ردودَ الفعل الســـلبية والإيجابـــية لم يقلل من حوادث التبول على الإطلاق. يخـــرج الباحـــثون من نتائج دراستهم هذه إلى القول بأنه من الواضح انه يمكن اعتبار أسلوب الفرشة الناشفة (Procedure

(Dry - Bed) أسـلوبا سـريعا فـي حـل مشـكلة التبول عند المتخلفيـن عقلـيا وانه يمكن تطبيقه مع المجموعات المرضية الأخرى أو حتى مع الأسوياء.

وفـي دراسـة أخرى استخدم ازرن ورفاقه (١٩٧٤، Azrin ,et al) نفس الأسلوب السابق الذي اشتمل في دراستهم السـابقة (Azrin et al.. ١٩٧٣) مـع مجموعة من الأطفال الأسوياء الذين يعانون من مشكلة التبول اللاإرادي مؤكدا على تطبيق نظام التدريب المكثف بالإضافة إلى جهاز التبول الصوتي فوجدوا أن ليلة واحدة من التدريب المكثف أيضا قد كانت كافية للوصول إلى J!AA حادثتي تبول لاإرادي فقط عند كل من أفراد الدراسـة وذلـك قبل الوصول إلى مستوى النظافة الكلية على مـدى ١٤ ليلة مستمرة بدون تبول وبدون انتكاس في حين أن قليلا من التحسن في بعض الحالات أو عدم التح!بن في حالات أخـرى أمكـن الوصـول إليه عن طريق تطبيق أسلوب جهاز التـبول الصـوتي وحـده علـى مجموعـة ضابطة على أثر أسبوعين من العلاج وبهذا فان أسلوب ازرن ورفاقه المعروف باسـم أسلوب الفرشة الناشفة يبدو فعالا وسريعا ومختلفا عن غـيره مـن الأسـاليب العلاجية المستخدمة في معالجة التبول الـلاإرادي. أما يونغ ومورجان (Morgan and Young1972)

فقـــد حاولا اختبار اثر التعليم الزائد (Over Learning) على معـــدل الانـــتكاس وذلك على اثر الوصول إلى مستوى النظافة الكاملـــة لمـــدة ١٤ يومـــا متواصلة عن طريق استخدام جهاز التـــبول الصـــوتي بان أعطيت مجموعة من ٦١ حالة إجراءات التعلـــيم الـــزائد بالإضافة إلى إعطاء المرضى كمية كبيرة من الســـوائل في ساعة واحدة من ذهابهم إلى النوم كطريقة لتقوية مقاومة الاستجابة المتعلمة للامتحان. هذا وقد وجد الباحثان إن هـــذه الطـــريقة تقلل بالفعل من معدل الانتكاس دون زيادة في احتمال ترك المرضى للمعالجة قبل الأوان وذلك بعد سنتين من المـــتابعة. وفـــي دراسة قام بها (١٩٧٨ . Nerrelbeck and (Langeludecke,1978) اســـتخدم فيها ٢٤ من المرضى عولج ســـبعة مـــنهم بأسلوب التدريب المكثف المطابق لأسلوب ازرن ورفاقـــه، (Azrin ,et.,al 1974) وتســـعة بنفس الأسلوب ولكن بدون استعمال جهاز التبول (المنبه) وتسعة منهم لم يتلقوا أي شكل من أشكال العلاج واعتبر والمجموعة الضابطة.

أما نتائج تلك الدراسة فقد أظهرت انه بالرغم من التباين الموجـــود بين أفراد الدراسة أصلا فان جميع أفراد المجموعة الأولـــى التي عولجت بأسلوب التدريب المكثف المقرون بجهاز التبول قد وصلوا إلى درجة النظافة الكاملة على مدى أسبوعين

وذلـــك بعد ثمانية أسابيع من العلاج أما أفراد المجموعة الثانية التـــي لم يستخدم معها الجهاز فان عدد مرات التبول في نهاية العلاج كانت مساوية تقريبا لما كانت عليه قبل العلاج باستثناء حالة واحدة وكذلك الأمر بالنسبة للمجموعة الضابطة.

ولقد استخدم (Azrin,1974) طريقة التدرب على جفاف الفـــراش Dry - Bed Training ، مع استخدام جرس الإنذار، وحصـــل علـــى نتائج سريعة، وتذكر بعض الدراسات أن نسبة التحســـن عـــند الأطفال تصل إلى ٥٠ % (Jonthan 1993) . وتعـــد طـــريقة العلاج الزائف Placebo power من المحاولات التـــي تهـــدف إلي السيطرة علي مشكلة التبول اللاإرادي عند الأطفـــال ، وقـــد أشارت بعض الدراسات إلي أن نسبة التحسن تصل إلي ٦٨%

الفصل الثالث

إعاقة التوحد

الفصل الثالث

إعاقة التوحد Autism

مشكلة التشخيص والكشف المبكر.

منذ أكثر من ربع قرن وإيجاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين وهو يكافح من أجل التعريف بمشكلة الإعاقة ويجرى البحوث وبرامج التدريب ولعقد المؤتمرات الدولية والندوات التي تعالج المشكلة من كافة محاورها بدءا بدراسة العوامل المسببة وبرامج الوقاية والكشف المبكر والتدخل العلاجي والتعليم والتأهيل والتدريب المهني والتشغيل والتوعية الإعلامية وتكرين رأى عام مساند لقضايا المعوقين وتشجيع ودعم النشاط الأهلي لضمان حقوق المعوقين.وفى إطار دعم البحث العلمي يقوم الاتحاد ببناء مركز المعلومات الخاص بمشكلات الإعاقة ويقوم الاتحاد بمتابعة ما يجري على الساحة المحلية والإقليمية والدولية من بحوث ميدانيه ومختبريه ومسحية ونقلها للجمهور والمتخصصين العاملين في المجال عن طريق دوريته التي تصدر كل ثلاثة شهور وعن إصداراته المختلفة من الكتب والتقارير التي تضم بحوث وتوصيات المؤتمرات المختلفة التي يعقدها الاتحاد بصفة دوريه ويدعى

إلــيها العلمـــاء والمتخصصين والعاملين في الميدان والهيئات الحكومـــية والأهلـــية في مصر ودول الوطن العربي والهيئات الدولية.ولهنا ينقل الاتحاد إليهم وينشر في الوطن العربي نتائج البحوث هــــامش ما يجرى في أنحاء العالم من تطورات حديثه فـــي مجـــالات العمل مع المعوقين لمسايره التطور العلمي وما يســـفر عـــنه من كشوف مستحدثه- وعلى سبيل المثال التلوث البيئي كعامل مسبب للإعاقة والذي قد زاد الاهتمام به منذ أوائل السبعينيات- وكذلك ما يظهر من إعاقات لم تكن معروفة بالقدر الكافـــي علـــى الساحة مثل إعاقات التعلم ومثل إعاقة الاوتيزم (الـــتوحد) عـــن طـــريق النشر.وفى هذا الإطار تتناول النشرة الدورية معالجه مشكلة الاوتيزم وسوف على مشكلة التشخيص والكشـــف المـــبكر التـــي تعتبر المرحلة الأولى الممهدة للتدخل العلاجـــي لإعاقـــة الاوتـــيزم.وتعتبر عمليه التشخيص لحالات الاوتـــيزم من اكثر عمليات تشخيص الإعاقات المختلفة صعوبة وتعقـــيدا ويرجع السبب إلى التباين في الأعراض من حالة إلى أخـــرى من حالات الاوتيزم من جهة ولان بعض الأطفال- حتى غـــير المعوقيـــن مـــنهم- قد نجد في سلوكياتهم أو خصائص وســـمات شخصـــيتهم يعضا من سمات طفل التوحد في كعض الأحـــيان ولفترات محدده رغم انهم قطعا ليسوا كذلك ومن هنا

كثيرا ما محدث كعض الأخطاء الجسيمة حيث يحكم على الطفل بأنـــه يعـــانى من إعاقة التوحد بينما هو ليس كذلك مما يكون خطورة على مستقبل الطفل وآلاما لا حد لها لأسرته، وقد قابلت كاتـــب البحث حالات عده شخصت خطأ على أنها حالات توحد ولكنها لم تكن كذلك إنما كانت تخلف عقلي أو اضطراب انفعالي أو فصام الطفولة أو إسبرجر أو تعانى من صعوبات تخاطب أو تأخـــر في الكلام أو حالات الانطواء أو الخجل الشديد إلى غير ذلك من الحالات التي تتشابه بعض إعراضها مع التوحد خاصة إذا أخذنـــا فـــي الاعتـــبار أن إعاقة التوحد ، الاوتيزم قد تأخذ صـــورا متعددة . حيت أن التوحد مفهوم واسع متعدد الأشكال والدرجات (تماما مثل كلمه موالح التي تطلق البرتقال بأشكاله المختلفة واليوسفي والليمون الحلو أو مثل كلمة مفرقعات التي يقـــع تحـــتها عشرات الأنواع من بمب الأطفال والقنابل اليدوية والديناميت ودانات المدفع والصاروخ.. إلى القنبلة الذرية) هذا التنوع الكبير في خصائص ومستويات وأعراض وشده الإعاقة تزيد من صعوبات التشخيص الدقيق لحالات الأوتيزم وتزيد من احـــتمالات الخطـــأ فـــي التشـــخيص، هـــذا ويزيد من صعوبة التشـــخيص عـــدم وجـــود اختبارات أو مقاييس مقننه للقياس والتشـــخيص على درجة عالية من الصدق والنبات وحتى الآن

قد يخطئ الأطباء النفسيين فيشخصون الحالة خطأ ، أنها فصام أطفال بينما هي حالات اوتيزم ونخلص فيما يلي الفروق الميزة والتي تجعل من السهل التفرقة بينهما:

-فالفصام غالبا ما يظهر بين عمر ١٥ و ٣٠ سنة "بينما التوحد يظهر التوحد قبل عمر ٢-٣ سنين

-الفصام يصيب الإناث والذكور على السواء بنما التوحد يصيب الذكور اكثر من الإناث (بنسبة ٤:١)

- في الفصام تظهر أعراض الهلوسه والأوهام التهيئوات Delusions, Hallucinations بينما لا تظهر في حالات الاوتيزم

- مريض الفصام لا يعانى من قصور لغوى أو غياب القدرة عن التعبير عن نفسه والاتصال والتخاطب مع الآخرين بينما تعانى الغالبية العظمي من أفراد التوحد من القصور اللغوي ومن استخدام اللغة والتخاطب في الاتصال بالآخرين وغالبا ما يخلط من يستطيع أن يتكلم منهم في استخدام الضمائر فهو يعبر عن نفسه باستخدام "أنت"، وعن غيره باستخدام " أنا "

- بينما يكثر مريض الفصام بالتعبير عن نفسه وإظهار عواطفه وانفعالاته فان مريض الاوتيزم جامد الحس لا يعبر ولا يفهم الانفعال والعواطف ولا يتبادلها.

- أطفال الاوتيزم يتجنبون التقاء العيون بينما من النادر أن يحدث هذا في حالات الفصام.

ولتوضيح ما قصدناه البند الأول وهو! بدء ظهور بعض أعراض الاوتيزم خلال الشهور الثلاثين الأولى نذكر هنا بعض هذه الأعراض التي يمكن ملاحظتها في الشهور الأولى في مرحله المهد حيث لا يتولد بينه وبين والدته أو من ترعاه أي رابطه عاطفية فهو لا يبتسم ولا يبدى فرحا بهز يديه ورجليه عند ما تقبل عليه لتداعبه أو تحمله كما يفعل الأطفال العاديين ، ولا ينظر أليها وقد لا يشعر بوجودها أو يبكى لابتعاذها عنه وعندما يمشى لا يتبع أمه من مكان لآخر كما يفعل الطفل السليم بل يمضى معظم وقته منغلقا على نسه في عالمه الخاص لا يهتم أو يشعر بما يجرى حوله ولا يبادر إلى اللعب مع الأطفال الأخريين بل ربما يتجنبهم في إطار من السلوك السلبي . هذا ولا تعنى هذه الأعراض أن سلبية وانغلاقه على نفسه سمه دائمة بل كثيرا ما يثور ويندفع في نوبات من الغضب والصراخ والعدوان على نفسه أو على الآخرين فقد

يطرق رأسه في أ الحائط أو اللطم على الوجه أو يكسر الأواني أو يلقـيها علـى الآخريـن ثـم يهدأ فجاه.ومن هنا يتضح أن ملاحظة و تسجيل السلوك اليومي لفترات طويلة يعتبر عنصرا أساسـيا فـي تشـخيص حالات الاوتيزم مع إجراء ،الفحوص الطبـية اللازمـة علـى أجهـزة السمع لاستبعاد حالة الصمم العضوي وعلى أجهزة الكلام لاستبعاد حالات البكم العضوي كما يتطلـب الأمـر قياس مستوى الذكاء لتحديد ما إذا كانت الحالة مجرد تخلف عقلي فقط أو تخلف عقلي مصاحب لإعاقة التوحد (حيث أن ٩٠% من حالات التوحد يصاحبها تخلف عقلي خفيف أو متوسـط أو شديد بينما ١٠% منهم على ذكاء عادى أو ربما عالي) أخذا في الاعتبار صعوبة تطبيق اختبارات الذكاء لكثير من حالات التوحد وخاصة الأجزاء اللغوية منها.هذا وقد تختفي أو تقل حده بعض الأعراض المذكورة أعلاه مع تقدم الطفل في السن وقد تظهر أعراض جديدة لم تكن قد ظهرت قبلا ولكنه مع هـذا يظـل منغلقا على نفسه لا تبدر عنه أي بادرة أو محاولة للاتصـال بالآخرين وقد تنمو حصيلته اللغوية قليلا ولكن ببط ه شـديد ويـتعذر عليه تفهم الحديث أو التعبيرات الانفعالية على الوجـه كما يقاوم أي تغيير في نمط حياته أو ملبسة أو ترتيب المكان الذي يعيش فيه وتتقل ثورات الغضب والسلوك العدواني

وقد يستمر التحسن واكتساب ا مهارات لغوية أو اجتماعيه إذا بـدأ تأهيله في سن مبكر. أو كان على مستوى ذكاء عادى أو مرتفع،والتبايـن في الأعراض المتعددة التي ذكرناها كبير بين أطفـال إعاقـة التوحد فهناك " اختلاف في مستوى الذكاء ونى شـدة كـل عـرض من الأعراض المختلفة وفى درجة العزلة والانغلاق وحده ثورات الغضب وفى الحصيلة اللغوية والقدرة علـى الاتصال وفى درجه النمو الاجتماعي والمعرفي والنضج الانفعالي وهناك غ من أطفال هذه الفئة من هم على نشاط زائد Hyperactive مـنطوي قلـيل الحـركة Hypoactive من هو عادى في نشاطه وحركته. كما أن نسبه الإصابة به تكون اكثر بين البنين عنها في البنات ولكن عندما يصيب الفتاه فأنه يكون غالبا اكثر شده وعنفا في أعراضه منها لدى الذكور.ولعل أول المعايـير التـي وضـعت لتشخص حالات التوحد هو تلك التي وضعها Kanner في عام ١٩٤٩للحكم على الحالة بأنها. حاله توحد وهى تنص على:

١- سلوك انسحابي انطوائي شديد وعزوف عن الاتصال بالآخرين.

٢- التمسـك الشديد لحد الهوس بمقاومة أي تغيير في الملـبس أو المـأكل أو السلوك أو عناصر البيئة المحيطة من

حيث ترتيب الأثاث وغيره أو في روتين الحياة اليومية.

٣- مهــارة غير عادية في الارتباط بالأشياء والتعاطف معهــا في نفس الوقت الذي لا يبدو عليه ارتباط أو انتماء إلى أي إنسان بما في ذلك أبوية وإخوته.

٤- رغــم كــل جوانب القصور التي تميز طفل التوحد أحــيانا مــا يأتي ببعض الأعمال التي تتميز بقدرات أو مهارات غــير عاديــة كــتذكر خبرة قديمة أو حادث أو صوت أو جملة (حــتى لو كانت كلمة أجنبية لا يتقنها) أو يقوم بعملية حسابيه صــعبة أو يــبدى مهــارة في الرسم و الموسيقى أو الغناء ، بشكل طفرات فجائية لفترة وتنقض.

٥- حــالات البكم أو ما يقرب منها أو قدرة لغوية غير مقصودة غير ذات معنى أو موضوع أو همهمة غير مفهومه لا جدوى منها في تحقيق الاتصال مع الآخرين.

حجم المشكلة:

هــذا وبالنسبة لحجم مشكلة الاوتيزم فقد وأكد Kanner فــي كــتاباته اكثر من مرة بأن انتشارها محدودا للغاية وأنها حالات نادرة ولكن الواقع أن تبريره أو تدليله على هذا الرأي لا يعــتمد على أساس علمي ثابت أو دقيق فهو يبنيه على أساس

انـــه في عام ١٩٥٨ وخلال ١٩ عاما من عمله في عيادته، لم تصــل عدد الحالات التي تقدمت للفحص -إلا حوالي ١٥٠ حاله في قارة أمريكا الشمالية (١٦٥ مليون مواطن آنذاك) بمعنى أن هناك ٨ حالات سنويا مدعيا أن عيادة الطب النفسي التي يرأس أدارتهـــا كانت هي المركز الطبي الوحيد الذي ذاعت شهرته، في تشـــخيص حالات الاوتيزم وكان يقصدها أو يحال إليها الحالات المشـــتبه في أنها حالات اوتيزم وانه وجد في عام ١٩٦٢ أنه مـــن بين كل عشرة حالات أحيلت إليه لم يثبت سوى أن واحدة فقط هي من حالات الاوتيزم المؤكدة. وخاصة وأن عدد الحالات التـــي ظهرت في دول القارة ألا وروبيه أو عشر حالات طوال العقـــد التالـــي لنشـــر Kanner لـــبحوثه وفق ما جاء في بحث مســـحي نشـــره الطبيب النفسي الأوروبي فان كريفيلين Van Karevelen الذي كانت تحال إليه في عيادته اكثر من الحالات المشـــتبهة فـــي أصابتها بإعاقة الاوتيزم كما أكده Knolloch & Kanner في كتابهما عن الأوتيزم وقطاع الطفولة الذي نشر عـــام ١٩٦١ أنـــه في بحثهما المسحي لعدد ١٠٠٠ حالة تمثل عينه كبيرة قاما بدراستها على أساس إصابتها بإعاقة الأوتيزم لـــم يجدا سوى ٤٠ حاله فقط إصابتها مؤكدة وهما على اعتقاد أن العديـــد مـــن الحـــالات التـــي تعانى فعلا من فصام الطفولة

تشـــخص خطـــأ على أنها حالات، أوتيزم. ويبدو في رأيهما أن هـــناك ثلاثـــة عوامـــل مسئوله عن شيوع أخطاء في تشخيص حالات الاوتيزم وهى:

ا- نـــدرة انتشـــار حالات الاوتيزم التي يكشف الفحص الدقيق لها عن الأعراض الفعلية المميزة لهذه الإعاقة.

٢- الاعـــتقاد الشـــائع بأن العوامل المسببة للانحرافات الســـلوكية هـــي عوامل سيكولوجية عصابية والذي لا يتطابق تماما مع الأعراض التي حددها Kanner للمرض

٣-غـــياب المـــرجع الدقـــيق لتشـــخيص أمراض الطب النفسي.

ولهـــذه الأسباب ظهرت أول محاولة علميه للوصول إلى تشخيص اكثر دقه للمرض من وضع العالمان Selain,yannet ثـــلاث معايير للتشخيص نتيجة بحوثهما المسحية لعدد كبير من الحالات في مقال يعرض تقرير البحث نشر في دورية ، بحوث الطفولة عام ١٩٦٠ وهذه المعايير هي:

١- اضطراب واضح في الشخصية يتميز بالانغلاق على الذات وعدم الانتماء الاجتماعي لآخرين.

٢- بدء ظهور إعراض المرض في خلال العامين الأول والثاني من العمر.

٣- غــياب القصــور الحركــي الذي يميز معظم حالات الأمراض الذهانيه الشديدة

هــذا وقد ض!من تقرير بحث هذان العالمان وجود نسب مــرتفعة من أفراد عينة البحث المصابين بالاوتيزم وصلت إلى ٤٢% يعــانون من نوبات الصرع بينما كان Kanner قد وجد أن هــذه النســبة نى. يحثه لم تزد عن ١%، كما لاحظا وجود العديــد مــن الأعــراض الجســمية مــثل الــنزيف المخــي cerebral hemorrhage والاستسقاء والتهاب الدماغ النخاعي Arrested macrocephalus وغــيرها مما يشير إلىٰ احتمالات إصــابات أو تلف المخ كعامل مسبب لاعاقة الاوتيزم. هذا وقد أثــار تمسك Kanner بأعراض ا لتوحد extreme Aloneness والإصــرار علــى مقاومــة التغيــير اعتراضات هذان العالمان وغــيرهما علــى أساس انهما من الأعراض اللازم أخذها في الاعتــبار ولكنهما ليسا كافيين وحدهما للحكم على الحالة بأنها حالــة اوتيزم،هذه الخلافات في وجهات النظر بشأن التشخيص قد حسمت بالتوصل إلى إعداد مقاييس اكثر دقة في الحكم على الحالــة بأنهــا حاله توحد فقد اعد العالمان Spenser ، Polan

مقياسا في عام ١٩٥٩ وهو checklist of Symptoms of Autism in Early Life وقد استخدم هذا المقياس بنجاح وشاع استخدامه منذ أوائل الستينيات وقام الباحث B. Rimland باستخدامه عام،١٩٦ كأساس لأعداد اختباره الأكثر شيوعا والذي يتكون من ٨٠ سؤال يجيب عليها والد أو والدة الطفل حيث تختار إجابة واحدة لكل سؤال من عده احتمالات متعددة واستخدم كنجاح في معهد أبحاث الاوتيزم في سانت ييجو بولاية كاليفورنيا ومنذ ذلك التاريخ وهو يستخدم كأداة تشخيص في معظم أنحاء العالم. ومن الجدير بالذكر انه قد تمت ترجمته إلى العربية مع تعديلات محدودة بمركز سيتي- كاريتاس مصر حيث يستخدم في تشخيص حالات الاضطرابات السلوكية والأوتيزم ، و يحتوى هذا الاستبيان على أسئلة تتعلق بنمو الطفل في مراحله المبكرة مثل "في أي عمر بدأ طفلك المشي وحده " (أو الاستفسار عن بعض السلوكيات ذات الدلالة المرضية اللازمة للتشخيص مثل: "هل يقوم الطفل بترتيب مكعبات أو بلوكات بشكل رأسي أو في صفوت منتظمة المسافات ويرفض أو يغضب أو يقاوم تغيير تنظيمها أو هدمها بواسطة الغير من الكبار أو الأطفال؟("هذا وقد قام Rimland بتجريب هذا الاستبيان مع أكثر من ٦٠٠٠ حالة أوتيزم من

الأطفال وسجل نتائج التطبيق وكافة التحليلات التي قام بها على ديسكات الكمبيوتر لتكون عونا ومرجعا لغيره من الباحثين .

هــذا وقد قامت باحثه أخرى تدعى Margaret Creak بــإعداد مقــياس تقدير آخر لتشخيص حالات الأوتيزم للأطفال دون ســن الخامســة هــو مقياس تقييم اوتيزم الطفولة The childhood Autism Rating Scale (CARS) وشكرن المقياس مــن خمسة عشر قائمة بنتها الباحثة على أساس قائمه لتسعه محكات قياس كانت قد وضعتهما لتشخيص الأوتيزم عام١٩٦٤ وفــى نطاق كل مقياس يمكن تقدير سلون الطفل إما في إطاره الطبيعــي أو البعــيد عن الطبيعي بدرجاته المختلفة وفق عمر الطفــل. وتحدد الدرجة على المقياس عن طريق ملاحظة سلوك الطفــل بالإضافة إلي قدرته علي أداء أعمال معينه وفيما يلي عرضــا لجوانــب السلوك أو الأعراض الخمسة عشر التي بنى عليها المقياس والتي يمكن استخدامها كخطوط عريضة لتعريف (تشــخيص) حــالات الأوتيزم والتي شاع استخدامها بواسطة المتخصصين والآباء للتشخيص المبدئي :

١- قصور في العلاقات الإنسانية

٢- غياب القدرة على التقليد

٣-قصور انفعالي عاطفي وجداني

٤- سـلوكيات شـاذة فـي حـركات الجسم والإصرار بالتمسك بأداء حركات نمطيه

٥- التصاق غير عادى بأشياء أو أدوات غير آدمية.

٦- مقاومة محاولات إحداث أي تغيير

٧- استجابات بصريه شاذة

٨- استجابات سمعية شاذة

٩- انطباعات حسية دقيقه

١٠- القلق Anxiety

١١- قصور الاتصال اللغوي

١٢- قصور الاتصال غير اللغوي

١٣- قصور مستوى النشاط

١٤- قصور الوظائف العقلية

١٥ - انطباعات عامه

وتتفق وجهه نظر مار جريت كريك لحد كبير مع مبادئ التعريف والتشخيص التي نادت بها وتستخدمها الجمعية الوطنية لأطفال الأويتزم .

و فـــي عـــام ١٩٧٨قـــام ثلاثـــة مـــن العلماء النفسيين المهتميـــن بإعاقـــة الأويتزم وهم، Krug, Arick, Almond ، بـــإعداد اســـتبيان للـــتعرف علـــى أطفال الاوتيزم راعوا فيها البســـاطة وســـهولة الاستخدام والدقة في التشخيص والدرجة العالية للصدق والثبات وإمكانية استخدامها في تصنيف الأطفال للأعـــراض التعليمـــية وقـــد قوبلـــت باستحسان كبير ولازالت تســـتخدم فـــي دوائر التعليم الخاص وهى "استمارة فرز حالات الاوتـــيزم فـــي مجال التخطيط التعليمي". Autism screening for Educational planning (ASIEP) instrument وسميت عـــام ١٩٨٨ Autistic Behavior checklist (ABC) وتتكون هـــذه الأداة مـــن خمس أجزاء تستهدف تزويد المدرسين ومن يقومـــون بتخطيط البرامج التعليمية المناسبة لاحتياجات أطفال الاوتـــيزم بالمعلومات اللازمة لوضع تلك البرامج وتحتوى هذه الأجـــزاء الخمسة على ٥٧ من السلوكيات التي يجب ملاحظتها وتســـجيل البيانات عنها وفيما يلي المجالات السلوكية للأجزاء الخمسة للاستمارة

١- تسجيل وتحليل عناصر الصوت والكلام واللغة التي تصدر عن الطفل.

٢- تقييم قدرات التفاعل الاجتماعي بين الطفل والكبار.

٣- تقييم الاحتياجات التعليمية في المجال اللغوي

٤- تقييم القدرة على الاتصال

٥- تقدير القابلية للتعليم وسرعة اكتساب الخبرات.

وكانــت تجرى في نفس الوقت بحوث أخرى في جهات متعددة نتيجة الاهتمام الذي أثارته بحوث Kanner فعلى سبيل المــثال قامــت طبيــبه الأعصــاب مارى كولمان رئيسه مركز وعــيادة الأطفــال لــبحوث المــخ والجهاز العصبي في مدينة واشــنطن نتيجة بحوثها على عدد من حالات الاوتيزم بتصنيف هذه الحالات إلى ثلاث فئات هي:

أ - حالات الاوتيزم التقليدية:

وتظهــر أعراضــها في مرحله الطفولة المبكرة (٢،٥ ســنه) ولا تظهــر عليها أي أعراض مرتبطة بتلف أو إصابات الجهاز العصبي كما تبدى تجاوبا ملحوظا وتحسنا في الاستجابة لبرامج التأهيل العلاجي بين عمر ٥،٧ سنين.

ب - حــالات الفصــام الطفولى بأعراض شبيهه للاوتيزم

وتتشــابه هذه الحالات مع أعراض الفئة السابقة ولكنها لا تــبدأ في الظهور إلا بعد الشهر الثلاثين من العمر مع ظهور

إعراض طبيه عقليه أخرى خلال تلك التي حددها Kanner

ج – حالات الاوتيزم المخية العضوية

وهـــي حـــالات تـــبدو فـــيها بوضوح أعراض عضوية لإصـــابات المخ أو خلل التمثيل الغذائي Metabolic disorders أو نتـــيجة إصـــابات فيروســـيه أثناء الحمل كالإصابة بالحصبة الألمانـــية أو قصور في الوظائف الحسية كالصم أو كف البصر أو العقلـــية كالصرع. ولقد أكدت مارى كولمان أن بعض حالات الأطفال التي شخصت على أنها أوتيزم وفق معايير Kanner قد تظهـــر علـــيها أعراض إصابات عضوية ،وبين هؤلاء الأطفال نلاحظ اختلافات متباينة كثيرة فيما يظهر عليها من أعراض كما يـــؤدى ارتفاع عمر الطفل مع الزمن إلى تباين وتغير كبير في تلـــك الأعراض فقد لاحظ عدد من الباحثين تحسنا ملموسا في بعض أعراض الاوتيزم تزداد وضوحا مع نمو الطفل في العمر تجاوبـــا مـــع برامج الرعاية والتعليم والتأهيل فتقل ميولهم إلى العـــزلة وتتحسن قدراتهم على الاتصال اللغوي وغير اللغوي. ومـــع تفـــاوت هـــذه الأعراض ومدى تحسنها بين الأطفال مال الباحـــثون إلى الرأي القائل بان الاوتيزم ليس مجرد فئة واحدة بـــل يمكن تصنيفه إلى فئات متعددة تختلف أعراضها في النوع والشـــدة والقابلية للعلاج. ولاشك أن لها ارتباط أيضا بالعوامل

المســـببة التي كثيرا ما تكون أكثر من عامل واحد في كل حاله من الحالات وقد أكدت لورا وينج أخصائية عيادة الطب النفسي للأطفـــال بمستشـــفي جـــنوب لندن أن حالات التوحد -أوتيزم الـــتى تكـــون نتـــيجة لعوامـــل عضـــويه عصبية تنتشر فيما بين ٣٠، ٥٥ % من حالات الاوتيزم وهذا هو من أهم العوامل التـــي تـــؤدي إلـــى صعوبات وخلافات عمليه التشخيص والتي ترتبـــت على تصور أن الاوتيزم هو فئة واحدة وهي نظرة ثبت خطؤهـــا ، و مـــن المؤكد أفي حالات الاوتيزم تنقسم إلى فئات مـــتعددة تتبايـــن أعراضـــها والعوامل المسببة في كل من تلك الفـــئات ، هـــذا وقد وجدت لورا ونيج أن حجم المشكلة ضئيل نســـبيا حيـــث لم تجد فى منطقة جنوب لندن إلا ١٧ حالة بين أطفـــال المـــنطقة التـــي يـــبلغ تعـــداد أطفالهـــا ٣٥٠٠٠ أي بمعـــدل ٥ حـــالات تقريـــبا فـــي كـــل ١٠،٠٠٠ طفـــل تحـــت عمـــر ١٥ ســـنه تظهـــر علـــيها كافه الأعراض التي حددتها Kanner كمحكـــات للتشـــخيص وأن مـــن بيـــن هـــنا التعداد يوجد ٥٧ حاله لأطفال لم تظهر عليهم إلا بعض هذه الأعراض الشبيهة فقط بأعراض الاوتيزم وأن هذه الأعراض تتباين بشكل واضـــح بيـــنهم ليس من حيث النوع فقط، بل من حيث درجة الشـــدة أيضـــا فعلـــى سبيل المثال من حيث التفاعل الاجتماعي

تتراوح شده القصور في التعامل مع الآخرين بين العجز الكامل والعــزوف عن أي مبادأة أو تقبل أي محاولة للاتصال والتعامل مـــع الآخريـــن (وهـــي حالات نادرة) إلى القدرة على الاتصال والــتفاعل النشط مع أحد الأشخاص الراشدين المخالطين للطفل مـــع زيادة هذه القدرة مع النمو في العمر وتندرج القدرة على هـــذا التفاعل بين هذين المستويين. كما توجد حالات من أطفال قـــد يعزفون عن المبادأه في الاتصال بغيرهم ولكنهم يتجاوبون مـــع مـــبادأه الآخريـــن من الزملاء أو المدرسين بل وقد يبدو وعلـــيهم الاستمتاع بالمثيرات الحسيه في البيئة المحيطة . هذا ويمثل هذا التفاوت تشاهد درجات متباينة في اكتساب الحصيلة اللغويـــة والقـــدرة علـــى العبير وتفهم الآخرين ما بين حالات عاجـــزة كـــل العجـــز تتدرج في التحسن إلى قدرة محدودة في الـــتفاعل اللغوي وغير اللغوي. كذلك تتباين القدرة على التخيل واللعب الإيهامي وتفحص الأدوات في اللعب الرمزي . و لاشك أن التوســـع في تشخيص حالات الاوتيزم لتشمل أولئك الأطفال الذيـــن يظهـــر علـــيهم عـــرض أو اكثر من أعراض الاوتيزم المذكـــورة أنفا له تأثير على نتائج عمليات المسح المستخدمة في قياس حجم المشكلة في مجتمع معين ومن هنا تختلف بشكل واضـــح نتائج هذه المسوح وقد دلت المسوح التي تشتمل على

المعايير والمحكات التي وصفها Kanner على أن انتشار إعاقة الاوتيزم في أمريكا غالبا تكون في حدود، من ٤ إلي ٥ حالات بيـــن كل ١٠,٠٠٠٠ طفل من الأعمار الأقل من ١٥ سنه بينما تكـــون فـــي إنجلترا التي تستخدم معايير أكثر مرونة واتساعا تـــتراوح هـــذه النســـبة بيـــن ٢٠ إلـــي ٣٠ حالـــة من بين كـــل ١٠٠٠٠٠٠ طفل ولاشك في أهميه إجراء هذه الدراسات المســـحية في مجتمعنا العربي حيث أنها معلومات أساسية في وضـــع السياســـات واســـتراتيجيات العمل لمخططات ولبرامج الـــرعاية والتأهيل وتدرب الكوادر العاملة في المجال ،ولتوفير الاعـــتمادات المادية اللازمة لتمويل الخدمات التي تنص عليها مواثـــيق حقـــوق الإنســـان بصفة عامه والطفل المعاق بصفة خاصة التي أصبحت الآن تستخدم كأحد مؤشرات تقدم المجتمع.

وبالنســـبة لتعريف وتصنيف إعاقة الاوتيزم لازالت هناك حتى الآن بعض الخلافات بين الدوائر المهتمة بمشكلات الإعاقة فهـــناك من هذه الدوائر ما يرفض الاعتقاد السائد أن الاوتيزم يصـــنف تحت فئة الأطفال الذين يعانون من اضطرابات انفعالية شـــديدة كما كان سائدا وبينما في الولايات المتحدة كان القانون الخـــاص بـــرعاية المعوقيـــن (رقم ١٤٢- ٩٤) يصنف حالات الاوتيزم تحت فئة الاضطراب الانفعالي الشديد حتى عام ١٩٨١

فـــأن الجمعية الوطنية لرعاية أطفال الاوتيزم وهي جمعية تضم آباء

الفصل الرابع

المخاوف المرضية من المدرسة

الفصل الرابع

المخاوف المرضية من المدرسة:

مـناخ الأسـرة أو رياض الأطفال يختلفان اختلافا كبيرا عـن المـناخ المدرسي المتشدد نسبيا (كمال دسوقى،١٩٧٩ ، ٣٥٩- ٣٦١). وبـادئ ذي بـدء تجـدر الإشـارة إلـى أن (بوودوين Poodwin,1932) كان أول من وصف زملة أعراض الخوف المرضى من المدرسة، نقد قرر في ذلك الوقت إن غياب الطفـل عـن المدرسة يكون ثابتا في معدلاته، رغم عدم وجود أسباب واضحة لذلك (٦ ٢٣ ، ١٩٨٣ ،.R) ومع أن برودوين لاحظ أن بعض الأطفال يذكر صراحة أنه خائف من المدرسة أو خـائف من المعلم، أو خائف أن يحدث شيء ما رهيب وبغيض لـلأم فـي أثـناء وجودهم بالمدرسة، إلا أنه يسقط من حسابه اعتـبار هـذه التصـريحات كمـبررات للحديث عن مزيد من الأعصـبة ذات الصبغة العامة أو عميقة الجذور Deep-seated .وقـد تـبع برودويـن كل من (جونسون، فولشتاين، زيورك، وسفندسن Johson FIstein, Szurek and Sevendsen,1941) فـي الإشـارة إلى هذا النوع من المخاوف المرضية فكانوا من أوائـل الذيـن استخدموا بالفعل مصطلح الخوف المرضى عن

المدرسة أو فوبيا المدرسة School Phobia استخداما مميزا له عــن الهــروب المــتعمد مــن المدرسة أو التزويغ truancy` ومصــنفا مــن وجهة نظرهم على أنه اضطراب عصابى نفسي (Johnson et al., 1941, 711-. (psychoneurotic disorder) 712 غير أن جونسون ١٩٥ Johnson) يقرر في دراسة باكرة له أن الخوف المرضى من المدرسة ما هو إلا خطأ في تسمية زملــة معيــنة من الأعراض. وحقيقة الأمر أنها تعبير عن قلق الانفصال (١) Separation anxiety الذي يحدث ليس فقط في مرحلة الطفولة المبكرة، ولكنه يحدث كذلك في السنوات التالية لهــذه المــرحلة.(Johnson, A.M., 1957, 307-309)ومنذ ذلك الحيــن صــيغت تعريفات عديدة وحددت أبعاد جديدة لمصطلح الخــوف المرضى من المدرسة، غير أنها كانت تؤكد على قلق الانفصال كعنصر حاسم ومؤثر في حدوث هذا الاضطراب. فعلى ســبيل المــثال حيــن ناقش كل من جرين وديفيدسن "١٩٦٥ Green, Davidson قضــية الخائفيــن من المدرسة School Phobias والمحبيــن لــلأم Mother Philes مــن زاوية أن هــؤلاء الأطفــال لايمكــن النظر إليهم على أنهم " هاربون من المدرسة" بقدر ما يمكن النظر إليهم على أنهم "هاربون إلى الأم (Green, Davidson ١٩٦٥)"

(١) قلق الانفصال Separation anxiety

الذعــر أو الخوف العادي الذي يستشعره الطفل الصغير الذي ينفصل عن أمه أو بديلها، أو يواجه هذا الانفصال. وقد لوحـــظ قلق الانفصال أول ما لوحظ فى الشهور الستة الأولى من عمــر الطفــل. ويظل هذا القلق دعالأ حتى الشهر العاشر. وقد ينـــتزع الانفصـــال عـــن الأ الراد المحبوبين– لمحيما بعد عند الكـــبار– قلقـــا م!ضابهآ، ول!ن إذا ونجد خوف زائد دمان هذا يعتبر علامة على التعلق العصابى

القلق الاجتماعي

لقـــد جـــاء القلق الاجتماعي ضمن اضطراب الشخصية التجنبـــية Avoidant Personality disorder فـــي الدلـــيل التشخيصـــي الإحصـــائي الإكلينيكي الطبعة الثالثة (DSM-III) والـــذي يمكـــن الـــتعرف علـــيه من خلال المعايير التشخيصية التالية:

(١) الحساسية الشديدة للرفض من قبل الآخرين.

(٢) الإحجام عن الدخول في علاقات مع الآخرين ما لـــم تكن هناك ضمانات كافية وقوية بدرجة غير عادية للقبول غير الناقد للفرد

(٣) الانسحاب الاجتماعي

(٤) الرغبة في المودة والقبول من قبل الآخرين

(٥) انخفاض تقدير الذات

ومـــثل كل العلامات التشخيصية الخاصة باضطرابات الشخصـــية، يجب أن تكون هذه الخصائص مستمرة وغير محـــددة بـــنوبات مرضية، كما يجب أن تؤدي إما إلي عجز دال فـــي وظـــائف الفـــرد الاجتماعـــية أو المهنية أو إلي اضـــطرابه. وهناك شرط مهم يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار يـــتعلق باتساق الشخصية عبر المواقف والأزمنة المختلفة (ميستشـــيل، Mischel,1968)، (وويجيـــنس، Wiggins, 1973) ولكـــن اســـتخدام اضـــطرابات الشخصـــية كدلـــيل للتصـــنيفات التشخيصـــية يفـــترض وجود قدر من الاتساق المتعارف غليه.

وفـــي الدليل التشخيصي الإكلينيكي للاضطرابات النفسية (الطـــبعة الـــرابعة) الصادرة عن جمعية علم النفس الأمريكية (DSM-IV) . نـــري أن القلـــق الاجتماعي والفوبيا الاجتماعية همـــا مصـــطلحين مترادفين لاضطراب واحد يتضمن الخوف أو التجنـــب مـــن المواقف الاجتماعية أو القيام بنشاط ما خلالها ، و يمكـــن تشخيص القلق الاجتماعي أو الفوبيا الاجتماعية من

خلال معايير من خلال وجود المعايير التشخيصية التالية :

معايير التشخيص للقلق الاجتماعي

(أ) الخوف الملحوظ والمستمر من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو من الأداء الاجتماعي التي يتوقع الفرد من خلالها مقابلة أفراد غرباء عنه أو التي تؤدي إلي إمكانية تفحصه من قبل الآخرين. والمخاوف الفردية التـــي تجعل الفرد يؤدي عمل ما بطريقة (تظهر أعراض القلق لديه) تسبب له الإحراج

(ب) الــتعرض للمواقف الاجتماعية التي تخيف الفرد تـــثر القلق لديه بشكل ثابت تقريبا والذي قد يأخذ شكلاً مـــن موقف محدد أو تهيئ الفرد لتحدث له نوبات الفزع الموقفــية ملاحظــة: بالنسبة للأطفال، قد يظهر القلق لديهـــم بصـــورة صـــارخة، من التعبير عن نوبات من الغضـــب . والتجمـــيد . أو الانكمـــاش مـــن المواقـــف الاجتماعية التي يوجد بها أشخاص غرباء عنهم .

(ت) يعـــترف الشـــخص بأن خوفهم مبالغ فيه أو غير منطقي : بالنسبة للأطفال، قد لا توجد مثل هذه الخاصية

(ث) المواقـــف الاجتماعية أو الأداء فيها والتي تخيف

يتجنـــبها أو قـــد يـــتحملها بمـــزيد مـــن القلق الحاد أو الاضطراب .

(ج) يـــتداخل التجنب، والتوقع الحذر، أو الاضطراب خـــلال المواقـــف الاجتماعية أو الأداء بها والتي يخاف الفـــرد مـــنها بدرجة دالة مع الأعمال الروتينية اليومية التي يقوم . كالوظائف المهنية أو الأكاديمية أو الأنشطة والعلاقـــات الاجتماعـــية أو غـــير ذلـــك مما يؤدي إلي الاضـــطراب بشـــكل ملحـــوظ نتيجة للإصابة باضطراب الفوبيا.

(ح) بالنســـبة للأفـــراد فـــي سن أقل من ١٨ سنة، تستمر مدة الاضطراب لفترة لا تقل عن ستة أشهر علي الأقل .

(خ) يجـــب أن لا يكـــون الخوف أو التجنب ناتج عن التأثـــيرات الفسيولوجية المباشرة للمواد (مثل الاستخدام الطبـــي للعقـــار أو سوء استخدامه) أو الحالة الصحية العامـــة أو لا يكـــون نتيجة لوجود اضطراب نفسي آخر (مثل ، اضطراب الفزع مع أو بدون الخوف من الأماكن العامـــة . أو اضطراب قلق الانفصال، أو اضطراب عدم ملاءمـــة الجســـم، اضـــطرابات الـــنمو. أو اضـــطراب

الشخصية الفصامية) .

(د) إذا وجـدت اضـطرابات جسمية أو مشكلات في الحالـة الصحية العامة أو اضطرابات عقلية أخري، فإن المعـيار (أ) لا يرتـبط بتشخيص القلق الاجتماعي.على سـبيل المثال لا يكون الخوف بسبب التأتأة. أو الرعشة فـي اضـطراب باركينسون Parkinson's disease . أو الـتعرض لسـلوك تـناول الطعام الطبيعي في اضطراب فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa أو الإفراط في تناول الطعام العصبي Bulimia Nervosa.

تحديد مشروط :عموماً: إذا اشتملت معظم المواقف الاجتماعية على الخوف فإن ذلك يعد تشخيصاً إضافياً للشخصية التجنبية

مشكلات التواصل

إضطرابات الكلام واللغة

مقدمة :

يعـتمد الشـخص العـادى اعـتمادا كبيرا على أساليب التواصـل اللفظى في مشاركته لأفكاره ومشاعره مع الأشخاص الآخريـن ، وفى اكتساب معلومات جديدة من خلال تفاعله مع الآخرين . الغالبية العظمى من الأفراد يأخذون مهارات التواصل وكأنها أمور مسلم بها نظرا لإنهم لم يواجهوا مشكلات حادة فى فهم الآخرين ، أو فى محاولة التعامل معهم من خلال اللغة . إلا أن الحـال لـيس كذلك دائما ، فبعض الأطفال لا تنمو مهارات التواصـل لديهـم على هذا النحو السوى ، بل تواجههم بعض الإضطرابات . آثار مثل هذه الإضطرابات ـ أن كانت من النوع الحـاد ـ تكـون ذات طبيعة مدمرة للنمو وخاصة فى مجالات التحصـيل الدراسى والشخصية فى المستقبل أن لم تجد العلاج الملائم فى الوقت المناسب .

ربما يكون معلم التربية الخاصة ، أو الأخصائى النفسى أو المـدرس العادى ، أو أحد الأخصائيين المهنيين الآخرين ،

هـو أول مـن يساوره الشك فى وجود صعوبات التواصل عند بعض الأطفال .

يهـدف هـذا الفصل – بوجه عام إلى تقديم مدخل إلى إضطرابات النطق واللغة عند الأطفال . يأمل المؤلف أنه بقراءة هـذا الفصل يصبح القارئ ملما بالخصائص السلوكية الأولوية الـتى ترتـبط بمثل هذه الإضطرابات ، كما يأمل فى أن يصبح المعلـم أكثر قدرة على التعرف على مثل هذه الصعوبات ، وأن يكـون مهيـئا للعمـل على تحويل هؤلاء الأطفال إلى أخصائى عـيوب الـنطق بقصد التقييم الدقيق ، والحصول على التدريب العلاجـى اللازم عند الضرورة . لا شك أننا لا نستطيع أن نقلل مـن دور المعلم فى التعرف المبكر على صعوبات النطق واللغة عـند الأطفـال . لكن بالإضافة إلى ذلك ، نأمل أن يصبح تعدد الجوانـب والتخصصـات اللازمـة فـى العملية العلاجية أكثر وضـوحا كلمـا تعمقنا فى شرح وتفسير هذه الإضطرابات فى التواصل .

تعريف اضطراب التواصل

قبل محاولة تعريف اضطراب التواصل ربما كان ضروريا تحديـد ماهـية عملـية التواصـل ذاتها . يمكن أن ننظر إلى التواصـل علـى أنـه طريقة أو أسلوب لتبادل المعلومات بين الأفـراد . أن المعلومـات يمكن إرسالها ، كما يمكن استقبالها بطـرق عديـدة تتراوح من الكلمة المنطوقة أو المكتوبة ، إلى ابتسـامة الصداقة والمودة ، إلى حركات اليدين ، إلى تعبيرات الوجه ، وما إلى ذلك .

علـى الرغم من أن كل أشكال الحياة الحيوانية يفترض أنهـا تتضمن نظاما ما من نظم التواصل ، فإن اهتمامنا فى هذا الفصـل يتركز على التواصل بين أفراد البشر أكثر من الاهتمام بنظم الإشارة بين أفراد الحيوان . أكثر من ذلك ، فإن مناقشتنا فى هذا الفصل تقتصر على الواصل الإنسانى اللفظى المنطوق ، بمعـنى آخـر أنـنا سوف لا نتعرض فى هذا الفصل لأساليب التواصـل الـتى تـتم من خلال القراءة أو الكتابة أو تعبيرات الوجـه ، دوم إلى ذلك . أن الكلمة المنطوقة عملية أساسية فى

التواصل بين أفراد البشر ، وهى التى توفر الأساس الذى تقوم عليه الأشكال المكتوبة من اللغة .

يتضمن نظام التواصل الشفوى كلا من المخاطبة و الاستماع ، كما يتضمن اللغة والكلام . على الرغم من أن البعض يستخدمون مصطلحى الكلام واللغة بشكل متبادل ، فإن الأخصائيين المهنيين العاملين فى حقل إضطرابات التواصل يميزون واضحا بين هذين المصطلحين .

تعرف اللغة بأنها نظام من الرموز يتسم بالتحكم والانتظام والتمسك بالقواعد ، مع وجود قواعد لتجميع هذه الرموز . الهدف من اللغة هو تواصل الأفكار والمشاعر بين الأفراد . يرى "بانجس" (١٩٦٨) أن اللغة ــ بوجه عام ــ تتكون من نظم لغوية أربعة هى : ــ

١ - نظام دلالات ، وهو الذى يتعلق بمعانى الكلمات والمجموعات من الكلمات .

٢ - النظام التركيبى البنائى ، ويتعلق بالترتيب المنتظم للكلمات فى مقاطع أو جمل .

٣ - النظام المورفولوجى الصرفى ، ويتعلق بالتغييرات التى تدخل على مصادر الكلمات لتحديد أشياء كالزمن أو العدد أو الموضع ... الخ .

٤ - النظام الضوئى ، وهو يتعلق بالأصوات الخاصة بالاستخدام اللغوى .

يتضمن الإداء الوظيفى اللغوى فى شكله العادى جانبين :

الجانب الأول ، هو قدرة الفرد على فهم واستيعاب التواصل المنطوق من جانب الآخرين ، أما الجانب الثانى فيتمثل فى قدرة الفرد على التعبير عن نفسه بطريقة مفهومة وفعالة فى تواصله مع الآخرين .

من الناحية الأخرى ، يعرف الكلام على أنه الفعل الحركى أو العملية التى يتم من خلالها استقبال الرموز الصوتية وإصدار هذه الرموز بانجس ١٩٦٨ ص ١٣ . هذا يعنى أن الكلام عبارة عن الإدراك الصوتى للغة والتعبير من خلالها أو إصدارها . ونظرا لان الكلام هو فعل حركى فانه يتضمن التنسيق بين أربع عمليات رئيسية هى :-

١ – التـــنفس أى العملـــية التى تؤدى إلى توفير التيار الهوائى اللازم للنطق.

٢ – إخـــراج الأصـــوات أى إخـــراج الصوت بواسطة الحنجرة والأحبال الصوتية .

٣ – رنين الصوت ، أى استجابة التذبذب فى سقف الحلق الملئ بـــالهواء ، وحـــركة الثنيات الصوتية مما يؤدى إلى تغيير نوع الموجه الصوتية .

٤ – نطـــق الحـــروف وتشكيلها ، أى استخدام الشفاه واللسان والأســـنان وسقف الحلق لاخراج الأصوات المحددة اللازمة للكـــلام ، كمـــا هـــو الحال فى الحروف الساكنة.والحروف المتحركة .. الخ .

يتضـــمن الكلام أيضا مدخلات من خلال القنوات الحسية المختلفة كالأجهزة البصرية والسمعية واللمسية عند محاولة أو تغيير الأصوات التى يصدرها الإنسان .

على أن كلام من الكلام واللغة يتأثران بالبناء أو التركيب التشـــريحى للفـــرد ، والأداء الوظـــيفى الفسيولوجى ، والأداء العضـــلى ـ الحـــركى ، والقـــدرات المعرفـــية ، والنضـــوج ،

والـــتوافق الاجـــتماعى والسيكولوجى . الانحرافات أو الأشكال المختلفة من الشذوذ فى أى من العوامل السابقة يمكن أن ينتج عـــنه اضطراب ــ على نحو أو آخر ــ فى التواصل قد يتضمن النطق ، أو يتضمن اللغة ، أو قد يتضمن النطق واللغة معاً .

ميكانزم النطق

يعتبر ميكانزم النطق جزءا من جهاز الكلام ، وأي جزء مـــن هـــذا المـــيكانزم معـــرض للإصـــابة بنوع من الانحراف التكويـــنى ، أو الانحـــراف فى الإداء الوظيفى . كما هو واضح من الشكل التالى فإن الأعضاء الصوتية عند الإنسان تتضمن ما يلى : ــ

١ - الجهـــاز التنفســـى الـــذى يســـاعد علـــى إنتاج الأصوات وتشـــكليها وتوجـــيهها مـــن خلال تجويفات متعددة لصدى الصوت

٢ - حبلان صوتيان فى الحنجرة يتذبذبان لنطق الأصوات .

٣ - الميكانزم السمعى الذى يقوم بالتمييز بين الأصوات

٤ - المخ والجهاز العصبى السليم .

٥ - جهاز البلع ويشمل اللسان والبلعوم .

٦ - الجهـــاز الفمـــى ويشمل اللسان والشفاة والأسنان وسقف الحلـــق الصـــلب والســـقف الرخو والفك وهى تستخدم فى تشـــكيل الأصـــوات الخارجـــة مـــن الحنجرة وتعديل هذه الأصوات

مـــن ناحية أخرى ، فإن الإداء الوظيفى الخاطئ فى أى من الأجزاء السابقة قد يسبب اضطرابا فى النطق . ففى الجهاز الفمـــى وحـــده ــ على سبيل المثال ــ توجد أجزاء كثيرة لا بد وأن تؤدى وظائفها بشكل ملائم من اجل النطق الصحيح . لكن يجـــب إلا يغيب عن أذهاننا أن كثيرا من الأشخاص الذين ربما تكون لديهم عيوب فى ترتيب الأسنان أو فى تطابقها ، أو لديهم أســـنان ناقصة ، أو تكوين شاذ فى اللسان ، أو أن يكون سقف الحلـــق ضـــيق ومـــرتفع ، وأشكال أخرى عديدة من الأخطاء التكوينـــية ، إلا انهـــم مـــع ذلك يتمتعون بأشكال صحيحة من النطق . حتى مع وجود هذه الانحرافات فإن عملية التكيف قد تكون ممكنة دون جهد خاص بالنسبة لعدد من الأشخاص ، فى حين يكون هذا التكيف بالغ الصعوبة بالنسبة بالنسبة لاخرين . كثـــيرا ما توجد عيوب فى النطق دون وجود أى قصور تكوينى

واضـــح . مثل هذه الإضطرابات ، ذات الأصل الوظيفى ، ترجع إلـــى عوامل مختلفة من بينها أل الثبوت على الأشكال الطفلية من الكلام ، والمشكلات الانفعالية ، والبطء فى النضوج ، وغير ذلـــك مـــن العوامل . فى بعض الحالات قد لا يستطيع أخصائى التشـــخيص أن يضع يده على شكل معين من سوء التوافق أو نقـــص الخـــبرة أو التخلف كأسباب لاضطرابات النطق . كل ما يســـتطيع الأخصـــائى عملـــه فـــى مثل هذه الحالات هو علاج أعراض الاضطراب بشكل مباشر .

نماذج من بعض إضطرابات التواصل

يمكن أن تظهر إضطرابات النطق واللغة عند الأفراد من جمـــيع الأعمـــار ، وقد تتراوح هذه الإضطرابات فى حدتها من إضـــطرابات خفيفة إلى إضطرابات بالغة الحدة ، كما أن الآثار والنتائج المترتبة على هذه الإضطرابات تتراوح من آثار طفيفة إلـــى آثـــار مدمـــرة . علاوة على ذلك ، فإن إضطرابات النطق واللغـــة يمكن أن توجد كمظهر فريد عند الشخص ، وقد تكون جـــزءا من صورة معقدة من الإعاقات المتعددة كذلك يمكن أن

تكون هذه الإضطرابات وقتية ولا تستمر طويلا ، كما أنها يمكن أن تبقى مع الفرد مدى الحياة

لعل القارئ يكون قد التقى فى وقت من الأوقات بشخص يعانى من شكل أو آخر من أشكال إضطرابات التواصل .

لعلـــك أيها القارئ قد التقيت يوما ما بطفل يبلغ الثامنة من عمره ، تختلط عنده الأصوات بعضها ببعض فينطق ثيد بدلا من سيد

أو انـــك تكـــون قـــد التقيـــت يوما بالمراهق الذى يتكلم بصوت متهدج حشن .

أو أن تكـــون قـــد التقيـــت بذلـــك الطالب الجامعى الذى يصارع مع كل كلمة يحاول النطق بها ، وكل جهد يبذله للكلام يكون مصحوبا باهتزاز فى الرأس .

أو ربمـــا تكـــون قد رأيت طفلا يبلغ العاشرة من العمر مصـــابا بشـــق فـــى الحلق مما يجعل طريقة نطقه تتميز وكأ، الأصوات تخرج من الأنف.

أو تكـــون قد التقيت بالطفل الذى كان قد أصيب بالشلل المخى مما حتم عليه الاعتماد على التواصل اليدوى ، نظرا لانه لا يملك وسيلة للاتصال من خلال النطق .

أو انـــك تكـــون قد رأيت طفلا فى الرابعة من عمره ولا يمـــتلك ســـوى ثـــروة لفظية محدودة مما جعله يتحدث بمقاطع قصيرة من كلمتين أو ثلاث.

أو ربمـــا انـــك قد شهدت تلك السيدة العجوز التى بدأت قدراتهـــا الســـمعية فى التدهور واصبح نطقها لأصوات الكلام مشوها .

أو ربمـــا تكـــون ــ أيها القارئ ــ قد عرفت ذلك الرجل الـــذى أزيلـــت حنجرته نظرا لاصابة بمرض خبيث مما اضطره لان يتكلم بطريقة خاصة يطلق عليها نطق المرى . أو ربما انك قد التقيت بأشكال أخرى مختلفة من النطق المضطرب .

جمـــيع هـــؤلاء الأفراد وأمثالهم يعانون من إضطرابات التواصل من نوع أو آخر ، وبدرجات متفاوتة من الحدة . على أن الغالبـــية العظمى من الحالات السابقة قابلة للعلاج ، وغالبا

ما يكون ممكنا تحسين مهارات التواصل عند هؤلاء الأفراد أن لم يكن علاجها تماما .

تقـــع مسؤولية تقييم إضطرابات النطق واللغة ، وعلاج هـــذه الإضـــطرابات على أخصائى علاج عيوب النطق بالدرجة الأولى . لكن نظرا لان هذه الإضطرابات لا تقوم فى فراغ ، فإن أخصائى علاج عيوب النطق ليس هو الأخصائى المهنى الوحيد فـــى الفـــريق المتخصـــص الذى توكل إليه مهمة رعاية هؤلاء الأفـــراد علاوة على أخصائى عيوب النطق ، يحتاج هذا العمل إلـــى الجهود المنسقة لأخصائيين مختلفين آخرين ربما كان من بيـــنهم : المـــربون ، والأخصـــائيون النفســـيون ، والأطـــباء وأخصـــائيو التأهـــيل المهنى وغيرهم . ولما كان التواصل عن طـــريق الـــنطق بالألفاظ بالغ الحيوية للأداء الوظيفى للكائنات البشـــرية ، يصبح من الأمور بالغة الأهمية ضرورة أن تكتشف إضطرابات النطق واللغة فى وقت مبكر ، وأن يبدأ تنفيذ برامج علاجية ملائمة .

النمط العادى لنمو الكلام

بطبيعة الحال ، يحتاج المرء لان يفهم النمط العادى لنمو الكلام قبل أن يكون باستطاعته تقرير ما إذا كان طفل ما يحقق تقدمـــا عاديـــا فـــى نمو الكلام ، وانه ينطق بالطريقة المقبولة المتوقعة من الأطفال فى مثل سنة ، أم أن هذا الطف يعانى من اضطراب واضح فى النطق إلى درجة يحتاج معها إلى نوع من العـــناية الخاصـــة . كمـــا هو الحال فى جميع مظاهر السلوك الإنســـانى ، فإن الكلام ظاهرة نمائية تتوقف على العمر الزمنى للفرد ، كما تتأثر بدرجة النضوج الجسمى والعقلى والاجتماعى والنفســـى . يكتمل نمو الكلام عادة فى حوالى سن السابعة أو الثامـــنة ، أى الوقـــت الذى يكون معظم الأطفال عادة اكتسبوا مستويات الكلام عند الراشدين .

الجدول التالى يلخص المراحل المختلفة للنط العادى لنمو الكـــلام ، كمـــا يوضح أهم المعالم البارزة فى هذا النمو . على الرغم من أن الأعمار المقابلة للمهارات المختلفة التى تظهر فى الجـــدول تختلف قليلا فيما بين العلماء والباحثين ، فإننا نحاول

تميـــيز الاتجاهـــات النمائية العامة فى هذا المظهر من مظاهر النمو.

جدول رقم ٤

يوضح النمط العادي لنمو الكلام

مدى السن	أهم الخصائص المميزة للكلام
من الميلاد ــ ٣ شهور	صرخة البلاد ــ صراخ غير متمايز ثم صراخ متمايز ــ أصوات عشوائية
من ٤ ــ ٦ شهور	أصـــوات شبيهة بالكلام ، يغلب عليها الأصـــوات قريـــبة الشـــبه بالحروف المتحركة مرحلة الثرثرة
من ٦ ــ ٩ شهور	اســـتخدام الأصـــوات بشكل إسقاطي للـــتعامل مـــع الآخريـــن مـــرحلة المناغاة .
من ٩ ــ ١١ شهرا	تبايـــن أوســـع فى الأصوات الشبيهة بالكلام مرحلة المصادفة .
١٢ شهرا	نطق الكلمات الحقيقة الأولى .
١٨ شهرا	نطق جمل تتكون من كلمة أو كلمتين ــ الوطـــن المتكرر ــ تباين أوسع فى أصوات الكلام .

أهم الخصائص المميزة للكلام	مدى السن
تقل الرطانة ـ استخدام أكثر للكلمات الحقيقة ـ زيادة الدقة فى إصدار أصوات الكلام	٢ سنة
نطق مفهوم ولكن غير منسق ـ أخطاء فى نطق كثير من الحروف الساكنة وتشكيلها ـ نطق الحروف المتحركة يكون غالبا صحيحا ـ نغمة الصوت تكون مرتفعة وغير مضبوطة ـ قد يغلب على الصوت طابع الجمجمة ـ كثيرا ما يحتوى الكلام على تكرار الكلمات مما يجعله يتميز بعدم الطلاقة	٣ سنوات
زيادة الدقة فى نطق الحروف الساكنة	٤ ـ ٥ سنوات
يصل الطفل إلى مستويات النطق والتشكيل عند الكبار يختفى التكرار وعدم الطلاقة ـ يتميز الكلام بالطلاقة إلى حد ما	٦ ـ ٨ سنوات

يمكـــن النظر إلى المرحلة المبدئية لنمو الكلام على أنها تـــبدأ مع الصرخة الأولى التى تصاحب ميلاد الطفل ، وذلك أن هذه الصرخة تمثل بداية استخدام الوليد لأعضاء جهاز الكلام . يتقدم الأطفال من هذه النقطة خلال مراحل مختلفة يتعلمون فيها إصـــدار الأصوات المطلوبة للكلام ، ويحاولون استكشاف العالم مـــن حولهم من خلال الأصوات . تتمثل المراحل الثلاث الهامة خلال السنة الأولى من حياة الطفل فى المراحل التالية : ــ

أ ــ مـــرحلة المـــناغاة ، وتتميز باستخدام الأصوات التى تشعر الطفل بالسعادة ، والتى يأخذ الطفل فيها بزمام المبادلة فى إصدار بعض الأصوات التى تشبه الكلام .

ب ــ مـــرحلة المـــناغاة ، وتتمـــيز بإحســـاس الطفل بالسرور والســـعادة مـــن خـــلال تكـــراره لبعض الأصوات ومقاطع الكلمات .

ج ــ مـــرحلة المصـــاداة ، وتتمـــيز بتقليد تتابع الأصوات التى يصـــدرها الآخـــرون بغض النظر عن المعنى . خلال هذه المـــرحلة يعـــتقد كثـــير من الأباء والأمهات ممن يتميزون بالقلق الزائد تجاه أبنائهم بأن الطفل بدا الكلام . الحقيقة أن

الأصوات التى يخرجها الطفل فى هذه المرحلة تخلو من أى معنى .

يتمـــيز كـــلام الأطفال خلال الستة الثانية بقدر كبير من الـــرطانة التى توصف بأنها أنماط من مقاطع صوتية غير ذات معـــنى تعكـــس الأنماط الإيقاعية لكلام الكبار . ومن ثم نسمع الأطفـــال فى هذه السن يصدرون أصواتا تبدو وكأنهم يتحدثون أو يتساءلون مع اللعب التى يلعبون بها ، إلا أن ما يصدر عنهم لا يتعدى كونه رطانه ، أو أصوات مبهمة .

أوضحت الدراسات الكلاسيكية لنمو مهارات الكلام واللغة عند الأطفال أن الدقة فى إصدار الأصوات التى يتضمنها الكلام تـــزداد بـــتقدم السن حتى يصل الأطفال إلى تحقيق النضوج فى نطق الحروف وتشكيلها فى حوالى سن الثامنة تمبلن ١٩٥٧ ، علـــى أن الإنـــاث يتقدمن الذكور فى هذا المجال بحوالى سنة . علـــى الرغم من أن أطوار نمو الكلام عند الأطفال كأفراد يمكن أن تخـــتلف بشـــكل واضح من طفل إلى آخر ــ فإن الدراسات أظهرت بعض الاتجاهات النمائية الهامة فى هذا المجال .

أنواع إضطرابات الكلام وخصائصها المميزة

أولا : - عيوب النطق

يعـــرف اضـــطراب الـــنطق بأنه مشكلة أو صعوبة فى إصدار الأصوات اللازمـــة للكـــلام بالطريقة الصحيحة . يمكن أن تحدث عيوب النطق فى الحـــروف المـــتحركة أو فى الحـــروف الساكنة ـــ أو فى مجموعات من الحروف الساكنة . كذلك ، يمكن أن يشمل الاضطراب بعض الأصوات أو جمـــيع الأصوات ، فى أى موضع من الكلمة . تعتبر عيوب النطق حتى ألان أكـــثر أشـــكال إضطرابات الكلام شيوعا ، ومن ثم تكون الغالبية العظمى من حالات إضطرابات النطق التى يمكن أن نواجهها فى الفصول الدراسية أو فى المراكز العلاجية .

أنواع عيوب النطق

يمكن تمييز ثلاثة أنواع رئيسية من عيوب النطق هى : الحـــذف والإبـــدال والتحريف . ويوجد أيضا نوع رابع من هذه الإضـــطرابات يمـــيزه بعـــض الأخصـــائيين والباحثيـــن عـــن الإضـــطرابات الأخرى ويطلقون عليه اضطراب الإضافة . فيما يلـــى نتـــناول هـــذه الأنواع الأربعة من عيوب النطق بشئ من التفصيل والإيضاح .

١ - الحذف

فـــى هـــذا النوع من عيوب النطق يحذف الطفل ما من الأصوات التى تتضمنها الكلمة ، ومن ثم ينطق جزءا من الكلمة فقط . قد يشمل الحذف أصواتا متعددة وبشكل ثابت يصبح كلام الطفـــل فـــى هذه الحالة غير مفهوم على الإطلاق حتى بالنسبة للأشـــخاص الذيـــن يألفون الاستماع إليه كالوالدين وغيرهم . تمـــيل عيوب الحذف لان تحدث لدى الأطفال الصغار بشكل أكثر شيوعا مما هو ملاحظ بين الأطفال الأكبر سنا . كذلك تميل هذه العـــيوب إلـــى الظهور فى نطق الحروف الساكنة التى تقع فى نهايـــة الكلمـــة أكـــثر مما تظهر فى الحروف الساكنة فى بداية الكلمة أو فى وسطها كاريل ١٩٦٨ .

٣ - الإبدال

توجـــد أخطاء الإبدال فى النطق عندما يتم إصدار صوت غير مناسب بدلا من الصوت المرغوب فيه على سبيل المثال ، قـــد يســـتبدل الطفـــل حرف س بحرف ش أو يستبدل حرف ر بحرف و . مرة أخرى تبدو عيوب الإبدال أكثر شيوعا فى كلام الأطفـــال صـــغار السن من الأطفال الأكبر سنا . هذا النوع من

اضطراب النطق يؤدى إلى خفض قدرة الآخرين على فهم كلام الطفل عندما يحدث بشكل متكرر .

٣ - التحريف

توجـد أخطـاء التحريف عندما يصدر الصوت بطريقة خاطئة ، إلا أن الصوت الجديد يظل قريبا من الصوت المرغوب فـيه . الأصـوات المحـرفة لا يمكن تمييزها أو مطابقتها مع الأصـوات المحـددة المعـروفة فى اللغة ، لذلك لا تصنف من جانـب معظم الإكلينيكيين على أنها عيوب إبدالية . على سبيل المـثال ، قد يصدر الصوت بشكل هافت نظرا لان الهواء يأتى من المكان غير الصحيح ، أو لان اللسان لا يكون فى الموضع الصـحيح أثناء النطق . ويبدو أن عيوب تحريف النطق تنتشر بيـن الأطفـال الأكبر سنا وبين الراشدين أكثر مما تنتشر بين صغار الأطفال

٤ - الإضافة

توجـد عيوب الإضافة عندما ينطق الشخص الكلمة مع زيـادة صـوت ما أو مقطع ما إلى النطق الصحيح . يعتبر هذا العيب – على أى حال – اقل عيوب النطق انتشارا .

خـلال مـراحل الـنمو العادى للكلام واكتساب مهارات النطق ، يقوم الأطفال عادة بحذف أو إبدال أو تحريف الأصوات اللازمـة للكـلام . يلاحـظ أن أخطاء الإبدال هى أكثر العيوب شـيوعا من بين عيوب النطق النمائية تمبلين ١٩٥٧ . وعلى ذلك ، ليس من المستغرب أن يخطئ طفل الرابعة من العمر فى نطـق بعـض الحروف مثل حرف ث أو حرف ر . لكن لو أن طفلا يبلغ السابعة من عمره اخطأ فى نطق بعض الحروف مثل حـرف ب أو حرف ك فمها لا شك فيه أن هذا الطفل يعانى من صعوبة من صعوبات النطق .

يمكـن أن يحدث أى نوع من الأنواع الأربعة من عيوب الـنطق ــ التى سبقت الإشارة إليها ــ بأى درجة من التكرار ، وبـأى نمـط من الأنماط . وكذلك يمكن أن يتضمن كلام الطفل عيبا واحدا من عيوب النطق ، أو قد يتضمن مجموعة من هذه العـيوب . أيضا فإن عيوب النطق عند الأطفال كثيرا ما تكون غـير ثابـتة وتتغـير من مرحلة من مراحل النمو إلى مرحلة أخـرى . عـلاوة علـى كل ذلك ، فإن الطفل قد ينطق الصوت

الواحد صحيحا فى بعض الأوقات أو المواقف ، لكنه يحذف أو يبدل أو يحرف نفس الصوت فى أوقات أو مواقف أخرى .

مـــن الأمور بالغة الأهمية بالنسبة للأخصائي الإكلينيكي فى عيوب النطق أن يحدد ما إذا كان خطأ ما من أخطاء النطق يعتـــبر عيبا حقيقا من عيوب النطق ، أم أنه خطأ من الأخطاء اللغويـــة . تـــرجع أهمـــية هـــذا التمييز إلى أن أهداف العملية العلاجية وأساليبها تختلف تماما بالنسبة للحالتين .

تفاوت حدة عيوب النطق

تـــتراوح عـــيوب الـــنطق من عيوب خفيفة إلى عيوب حـــادة . فـــى الحالات التى تكون فيها عيوب النطق من النوع الحـــاد يصـــعب فهـــم كـــلام الطفـــل من ناحية ، ومن الناحية الأخـــرى ، يعانى الطفل معاناة شديدة عندما يحاول التعبير عن أفكـــاره أو حاجاته الخاصة فى المحيط الاسرى أو المدرسى أو فـــى علاقاته مع الزملاء . إلا أن مدى الإعاقة فى وضوح كلام الطفل ليست العامل الوحيد الذى يؤثر فى الحكم على درجة حدة الاضـــطراب . فالعمـــر الزمنى للطفل ــ بلا شك ــ يعتبر عاملا هامـــا وخاصـــة فى ضوء الطبيعة النمائية للنطق والكلام التى

سبقت الإشارة إليها . عندما يخطئ الطفل البالغ السابعة من عمره فى نطق أصوات الكلام النمائية المبكرة ، فانه يعانى من اضطراب اثر حدة من طفل آخر من نفس سنة ، لكنه لا يخطئ إلا فى نطق الأصوات النمائية المتأخرة فقط .

كذلك فإن عيوب النطق الثابتة والراسخة عند الطفل الأكبر سنا ، عادة ما تكون أكثر حدة واكثر صعوبة فى العلاج من الأخطاء غير الراسخة عند طفل آخر اصغر سنا . بوجه عام ، يمكن القول بأن الأخطاء الثابتة اقل قابلية للعلاج من الأخطاء الطارئة أو الوقتية .

من ناحية أخرى ، فإن عدد عيوب النطق وأنواع هذه العيوب عامل مؤثر أيضا فى تحديد درجة حدة الاضطراب ، مع مراعاة أن عيوب الحذف تعتبر على مستوى طفلى أكثر من عيوب الإبدال أو التحريف . كذلك ، فإن العيوب التى تتضمن أصواتا تتكرر كثيرا فى اللغة ، تكون ملحوظة بدرجة اكبر ، كما أنها تنعكس على وضوح الكلام ، بدرجة اكبر من الأخطاء التى تتضمن الأصوات النادرة أو قليلة التكرار فى اللغة . وعندما يكون الطفل قادرا على تصحيح عيوب النطق إذا ما

توفرت الاستثارة السمعية والبصرية اللازمة ، يعتبر ذلك عادة دلالـــة علاجية جيدة على أن الطفل سوف يكون قادرا على تعلم إصـــدار الأصـــوات الصـــحيحة اللازمـــة للكلام . أما الأصوات الخاطـــئة التى لا تكون قابلة للاستثارة أى عيوب النطق التى تســـتمر عـــند الطفـــل حـــتى مـــع توفير الاستثارة الإضافية والـــدلالات التى يقدمها المعالج يصعب فى العادة تدريب الطفل على تصحيحها .

العوامل المسببة لاضطرابات النطق

فى كثير من الحالات يكون من الصعب ـ أن لم يكن من المستحيل تحديد السبب أو الأسباب المعينة لاضطرابات النطق . بعـــض الظـــروف العضـــوية والجســـمية المعينة مثل : فقدان الســـمع ، وانحـــرافات التركيـــب الفمـــى كعيوب الأسنان وشد الحلـــق ، والعـــيوب العضـــلية والنيرولوجية فى أجهزة الكلام كالـــتلف العضـــلى أو الشلل الخى ، والتخلف العقلى ، غالبا ما تكـــون ذات اثر واضح على الكلام . سوف نتعرض لبعض هذه الأشـــكال من القصور مؤخرا فى هذا الفصل ، مع ملاحظة أن مشـــكلات الـــنطق المرتـــبطة بالإعاقات السمعية ، والمشكلات

المرتـــبطة بالتخلف العقلى تناقش فى الفصول الخاصة بها من هذا الكتاب .

فـــى الغالبـــية العظمة من الحالات لا يكون لدى الأطفال الذيـــن يعـــانون مـــن إضـــطرابات النطق مثل هذه الانحرافات العضـــوية الواضحة ، وتبدو عيوب النطق عند هؤلاء الأطفال مرتبطة بشكل ما من أشكال التعلم الخاطئ للكلام أثناء السنوات النمائـــية المبكرة . يطلق على هذا النوع من الإضطرابات عادة اضـــطراب الـــنطق الوظـــيفى أى الاضطراب الذى لا يرجع إلى سبب أو أساس عضوى .

تضـــمنت محاولات تحديد الأسباب الرئيسية لاضطرابات الـــنطق الوظيفـــية دراســـة متغيرات مختلفة على مدى سنوات عديـــدة . يوضح العرض الذى قدمه باورز (١٩٧١) للدراسات التى أجريت فى هذا المجال أن العوامل التالية لا ترتبط ارتباطا واضـــحا باضطرابات النطق ، وأنها لا تصلح كعوامل فارقة بين الأطفـــال الذيـــن يعانون من إضطرابات النطق والأطفال الذين يتمـــيز كلامهـــم بأنـــه عادى ، وهذه العوامل هى : المهارات الحركـــية العامـــة ، والتركيب الفمى (شكل سقف الحلق وحجم

اللســـان) ، والشخصـــية والـــتوافق ، والمستوى الاجتماعى والاقتصـــادى ، والذكـــاء . والإشـــارة إلـــى الذكاء هنا تتعلق بالأطفـــال الذيـــن يقعـــون فـــى المدى العادى المتوسط وليس بالأطفال المتخلفين عقليا الذين يظهرون تخلفا فى جميع مظاهر الـــنمو التى يعتبر مجال التواصل واحدا منها . بالنسبة للعلاقة بين عدم انتظام الأسنان وبين النطق ، تبدو نتائج البحوث غير ثابـــتة وغير منسقة ، إلا أن العلاقة يبدو أنها علاقة ضعيفة . مـــن الملاحـــظ أن عددا كبيرا من الأفراد ممن لديهم انحرافات واضـــحة فـــى انـــتظام الأســـنان يتمتعون بمهارات عادية فى النطق .

مـــن نـــتائج البحوث العديدة التى اهتمت بدراسة علاقة التركيـــب الفمى بالنطق ، يتضح أن المهارات الحركية للفم تلك المـــتعلقة بالوجه التى يتضمنها إخراج الأصوات اللازمة للكلام بشكل مباشر ، يبدو أنها ترتبط بالنطق .

الأطفال الذين يعانون من إضطرابات فى النطق يختلفون عن الأطفال العاديين فى هذه المهارات الحركية . عبر أن هناك ما يدعو إلى المزيد من الدراسات لتوضيح طبيعة هذه العلاقة .

كـــان اثـــر الأنمـــاط المـــنحرفة من الابتلاع على النطق والكلام موضع اهتمام كبير على مدى العقدين السابقين . أطلق الباحـــثون علـــى هـــذه الأنماط مسميات مختلفة من بينها دفع اللســـان و الابـــتلاع العكسى لتمييز أنماط الابتلاع التى تتصف بدفعـــة أمامية للسان ضد الأسنان الأمامية أو من بينها . يعتبر عـــدد مـــن الأخصـــائيين فى مجال علاج عيوب النطق وتقويم الأســـنان أن دفـــع اللسان من العوامل المحددة للتطابق العادى للأســـنان وإخراج أصوات الكلام . يعتقد هؤلاء الأخصائيون أن الأطفـــال الذيـــن يعـــانون من هذا العيب يجب تعليمهم الأنماط العاديـــة للابتلاع حتى يمكن تصحيح إضطرابات النطق . يمثل هذه المجموعة من الأخصائيين كاريل ١٩٦٨ .

يعـــترض بعض الأخصائيين الآخرين على الرأي السابق ويقدمـــون دراســـات تشير نتائجها إلى أن الأطفال ممن لديهم أنمـــاط ابـــتلاع تتسم بدفع اللسان لا يعانون من عيوب النطق بأكـــثر ممـــا يعـــانى غـــيرهم مـــن الأطفال . يأتى فى مقدمة الأخصائيين الذين يؤمنون بهذا الرأي كل من ماسون و بروفيت ١٩٧٤ . اســـتخلص هـــذان الباحـــثان أن الدلائل التى تقدمها

البحوث لوجهة النظر القائلة بأن دفع اللسان يؤدى بشكل نمطى إلـــى صـــعوبات فى النطق أدلة ضعيفة . يشير الباحثان إلى أن دفع اللسان ظاهرة نمائية عادية عند الأطفال حتى سن البلوغ ، وأن مـــا يقـــرب من ٨٠ % من الأطفال الذين يظل دفع اللسان لديهم حتى سن الثامنة ، يظهرون تحسنا فى النطق بدون علاج عـــندما يبلغون سن الثانية عشرة ، لذلك يعتقد كل من ماسون وبروفيـــت أن أســـاليب العـــلاج التى تضع التركيز على أنماط الابـــتلاع لا تناسب الأطفال قبل سن البلوغ حتى مع وجود عدم تطـــابق فـــى الأسنان . إذا كان دفع اللسان والتلعثم فى النطق موجوديـــن عـــند طفـــل ما ، فإن هذا الطفل يحتاج إلى برنامج علاجى منتظم لعيوب النطق . بالنسبة للأطفال الأكبر سنا الذين يســـتمر معهـــم دفع اللسان وعدم انتظام الأسنان واضطرابات الـــنطق تعتـــبر الجهـــود العلاجية المنسقة بين الأخصائيين فى تقويم الأسنان وعلاج الابتلاع وعلاج النطق ذات فائدة كبرى .

اهتمـــت بعض الدراسات الأخرى بالمهارات الإدراكية — الســـمعية كأســـباب رئيسية لاضطرابات النطق الوظيفية . يبدو مـــن نـــتائج الدراسات من هذا النوع أن مدى الذاكرة السمعية

ليس عاملا ذو دلالة فى عيوب النطق وينتز ١٩٦٩ . لكن يبدو أن التمييز السمعى ـ من ناحية أخرى ـ يرتبط بوضوح بالنطق وخاصة عندما يكون الواجب المطلوب أداؤه يتضمن أحكاما تمييزية للأصوات ، أو يتضمن تمييزا لعيوب النطق عند الطفل نفسه وتعرفه عليها جونسون وآخرون ١٩٦٧ . على الرغم من أن نتائج البحوث فى هذا المجال جاءت متضاربة إلى حد ما ، يمكن القول فى ضوء المعرفة الحالية أن الأطفال الذين يعانون من إضطرابات النطق الوظيفية يميلون لان تكون مهاراتهم فى تمييز الأصوات منخفضة .

من بين العوامل البيئية الهامة التى يحتمل أن تؤثر على النطق عاملين أساسين هما : أنماط كلام الآخرين التى يتعرض لها الطفل أثناء تعليم الكلام ، وكمية الاستثارة والدافعية التى يحصل عليها الطفل خلال نمو الكلام . لو أن كلام الأشخاص المهمين فى عالم الطفل ـ كالوالدين والاخوة والرفاق ـ يتضمن أخطاء فى النطق ، ففى هذه الحالة من المتوقع أن تنمو لدى الطفل أنماط خاطئة مشابهة . فالأنماط الرديئة من النطق تؤدى عادة إلى مهارات غير ملائمة للكلام عند الأطفال

خاصـــة وهـــم فى طور النمو . بالمثل ، إذا كانت تنقص الطفل الاستشـــارة المناســبة والدافعــية الكافية لتطوير طريقة جيدة للنطق ، فإن أنماط النطق عند الطفل تظل أنماطا طفلية .

باختصـــار ، يمكـــن القول أن أيا من الأسباب الرئيسية لاضـــطرابات النطق الوظيفية ــ التى سبقت مناقشتها ــ يمكن أن يكون ذا اثر سلبى على نمو النطق والكلام عند طفل معين . إلا أنـــه يجب إلا يغيب عن الذهن أن مثل هذه العوامل لا تعوق بالضرورة النمو العادى للكلام عند الأطفال .

التعرف المبكر على إضطرابات التواصل ، وأهميته

سوف نحاول فى هذا الجزء استعراض بعض الإعتبارات الرئيســية فـــى عملـــيات تشخيص إضطرابات النطق وأساليب قياســـها ، مـــع تقديم نماذج للأساليب والممارسات السائدة فى الوقت الحاضر فى هذا المجال.

نـــبدأ أولا بالحديـــث عن تشخيص إضطرابات التواصل بشـــكل عـــام . ســـبق أن أكدنـــا أهمـــية التعرف المبكر على إضـــطرابات الكلام واللغة ، وضرورة أن يبدأ الطفل الذى يعانى مـــن أحد هذه الإضطرابات أو بعضها فى الحصول على العلاج

قــبل أن يصـــل إلى سن المدرسة كلما كان ذلك ممكناً . عندما يوجــد شـــك فـــى أن طفلا من الأطفال يعانى من اضطراب فى الكلام أو اللغة فإن الخطوة الأولى جاءت متضاربة إلى حد ما ، يمكن القول فى ضوء المعرفة الحالية أن الأطفال الذين يعانون من إضطرابات النطق الوظيفية يميلون لان تكون مهاراتهم فى تمييز الأصوات منخفضة.

من بين العوامل البيئية الهامة التى يحتمل أن تؤثر على الـــنطق عامليـــن أساســـين هما : ــ أنماط كلام الآخرين التى يـــتعرض لهـــا الطفـــل أثـــناء تعلم الكلام ، وكمية الاستثارة والدافعـــية الـــتى يحصل عليها الطفل خلال نمو الكلام . لو أن كـــلام الأشخاص المهمين فى عالم الطفل ــ كالوالدين والاخوة والـــرفاق ــ يتضـــمن أخطاء فى النطق ، ففى هذه الحالة من المـــتوقع أن تـــنمو لدى الطفل أنماط خاطئة مشابهة . فالأنماط الرديـــئة من النطق تؤدى عادى إلى مهارات غير ملائمة للكلام عـــند الأطفـــال خاصة وهم فى طور النمو . بالمثل ، إذا كانت تـــنقص الطفـــل الاستثـــارة المناسبة والدافعية الكافية لتطوير

طـريقة جيدة للنطق ، فإن أنماط النطق عند الطفل تظل أنماطا طفلية .

باختصـــار ، يمكـــن القول أن أيا من الأسباب الرئيسية لاضـــطرابات النطق الوظيفية ــ التى سبقت مناقشتها ــ يمكن أن يكون ذا اثر سلبى على نمو النطق والكلام عند طفل معين . إلا أنـــه يجب إلا يغيب عن الذهن أن مثل هذه العوامل لا تعوق بالضرورة النمو العادى للكلام عند الأطفال .

التعرف المبكر على إضطرابات التواصل ، وأهميته

سوف نحاول فى هذا الجزء استعراض بعض الاعتبارات الرئيســية فـــى عملـــيات تشخيص إضطرابات النطق وأساليب قياســـها ، مـــع تقديم نماذج للأساليب والممارسات السائدة فى الوقت الحاضر فى هذا المجال

نـــبدأ أولا بالحديـــث عن تشخيص إضطرابات التواصل بشـــكل عـــام . ســـبق أن أكدنـــا أهمـــية التعرف المبكر على إضـــطرابات الكلام واللغة ، وضرورة أن يبدأ الطفل الذى يعانى مـــن أحد هذه الإضطرابات أو بعضها فى الحصول على العلاج قـــبل أن يصـــل إلى سن المدرسة كلما كان ذلك ممكناً . عندما

يوجـد شـك فـى أن طفلا من الأطفال يعانى من اضطراب فى الكـلام أو اللغـة فـإن الخطوة الأولى تتمثل فى التقييم الدقيق والشـامل للحالـة مـن جانب أحد الأخصائيين فى علاج هذه الإضطرابات .

تـتوفر فى الوقت الحاضر أساليب مختلفة للتعرف على إضـطرابات الكـلام واللغـة الشـائعة بيـن الأطفال فى سن المدرسـة . بالإضافة إلى إحالة الأطفال الذين يشتبه فى وجود إضـطرابات لديهـم إلـى مراكز السمع أو مراكز علاج عيوب الـنطق سواء من جانب الأباء أو بواسطة أحد الأخصائيين مثل أخصائى السمع ، أو الطبيب ، أو طبيب الأسنان ، أو الأخصائى النفسى أو غيرهم ، توجد طريقتان تستخدمان على نطاق واسع للـتعرف علـى هذه الحالات فى إطار النظم المدرسية العادية . أحـد هذين الأسلوبين يتمثل فى الملاحظة الدقيقة والمضبوطة الـتى يقوم بها المدرسون للأطفال الذين يبدو انهم يعانون من صـعوبات فـى التواصل . أما الأسلوب الآخر فيتضمن إجراء مسـح شـامل لمهـارات الكـلام واللغة عند جميع التلاميذ أو بعضـهم فـى وقت مبكر من العام الدراسى يقوم به الأخصائى

الإكلينـــيكى فى عيوب النطق فى المدرسة أو من خارجها . فى كلـــتا هاتيـــن الطريقتيـــن يقوم الإكلينيكي فى عيوب النطق فى المدرســـة أو مـــن خارجهـــا . فى كلتا هاتين الطريقتين يقوم الإكلينـــيكى فى عيوب النطق فى المدرسة أو من خارجها . فى كلـــتا هاتيـــن الطريقتيـــن يقـــوم الإكلينيكى المتخصص بفحص مهـــارات الـــنطق عـــند كـــل طفـــل ، وكذلك مهارات الصوت و الطلاقـــة ، والمهارات اللغوية بهدف تحديد ما إذا كانت توجد إضـــطرابات جوهرية فى هذه المهارات ، وما إذا كان هناك ما يدعـــو إلـــى إجراء فحوص أو قياسات تشخيصية إضافية . إذا كانـــت الحالـــة كذلك ، يجرى الأخصائى مقابلة مع الطفل بقصد إجـــراء القـــياس الإضـــافي فى محاولة لتحديد نوع الاضطراب ودرجـــة حـــدة هذا الاضطراب ، ومحاولة الوقوف على السبب أو الأســـباب التى أدت إليه . بالإضافة إلى ذلك يضع الأخصائى التوصيات التى يراها مناسبة لكل حالة . مثل هذه التوصيات قد تتضـــمن علاجـــا لعـــيوب الـــنطق أو اللغة بأسلوب فردى أو جمـــاعى ، والتشـــاور مـــع المعلم فيما يتعلق بأفضل الأساليب للتعامل مع المشكلة فى إطار الفصل الدراسى ، أو إحالة الطفل

إلــى أخصائيين آخرين بغرض إجراء تقييم إضافي أكثر شمولا و تحديدا .

أثـناء عملـية التقيـيم التشخيصى قد يرغب الأخصائى الإكلينـيكى فـى الحصول على بيانات عن تاريخ الحالة يغطى المظاهر النمائية المختلفة عند الطفل . وربما يكون بحاجة إلى القيام بملاحظة الأداء اللفظى للطفل أو أداء الطفل بوجه عام . كذلك قد يرى الأخصائى أنه يحتاج إلى تطبيق اختبارات لقياس مهارات الكلام واللغة عند الطفل سوا كانت هذه الاختبارات من النوع الموضوعى المقنن ، أو من نوع الاختبارات الذاتية التى قـام الأخصـائى بتصـميمها بنفسه . قد تتضمن عملية التقييم الشـامل أيضـا قياس بعض المهارات كحدة السمع ، والإدراك والأداء الحـركى – البصرى والتركيب التكوينى للجهاز الفمى و الطـريقة الـتى يعمل بها هذا الجهاز ، والمهارات الحركية العامة ، أو غير ذلك من المهارات ذات الصلة بالكلام واللغة .

بـنهاية عملـية التقييم يتم التوصل عادة إلى تشخيص مـبدئى ، وفـى هذه الحالة يمكن بدء برنامج علاجى ملائم مع الطفل . لا يفوتنا أن نذكر أن عملية التقييم لا تتوقف عند مجرد

تشــخيص الحالة ، وانما تستمر جنبا إلى جنب مع مراحل تنفيذ البرنامج العلاجى . ربما كان السبب فى ذلك هو أن الطفل الذى يعــانى من اضطراب فى التواصل يحتاج إلى إعادة تقييم بشكل مســتمر على مدى البرنامج العلاجى مما يجعل بالإمكان إدخال التعديلات الضرورية لمواجهة الحاجات المتغيرة لهذا الطفل .

تشخيص إضطرابات النطق : ــ

يتوفر الان عدد من الاختبارات المنوعة التى تستخدم فى تقيــيم الــنطق ، كمــا يقوم كثير من الأخصائيين الإكلينيكيين بتصميم اختبارات ذاتية تهدف إلى تقييم بعض الحالات الخاصة مــن الإضــطرابات . معظــم اختبارات النطق تستخدم الصورة لتقيــيم إصــدار الطفل التلقائى لكل حرف متحرك أو ساكن فى المواضــع المخــتلفة مــن الكلمــات . من خلال هذه المحاولة الاستكشــافية للأصــوات اللازمــة للكلام عند الطفل ، يستطيع الأخصــائى أن يحدد الأصوات التى تصدر من الطفل صحيحة ، والأصوات التى يخطئ فيها الطفل ، كما يستطيع أن يحدد نوع أو أنواع عيوب النطق . قد يحتاج الإكلينيكى المتخصص أيضا إلــى تقيــيم مــدى قابلــية عيوب النطق .قد يحتاج الإكلينيكى

المتخصص أيضا إلى تقييم مدى قابلية عيوب النطق للاستثارة بـأن يطلـب مـن الطفـل أن يحاول إخراج الأصوات الخاطئة بطـريقة صحيحة ، بعد أن يكون قدم له دلالات حسية مختلفة سمعية وبصرية ولمسية . بعد إجراء التقييم لنطق الطفل ومدى وضـوح الكـلام عند التحدث ، يمكن تقدير درجة ثبات أخطاء النطق ورسوخ هذه الأخطاء عند الطفل .

باسـتخدام جميع المعلومات المتوفرة لدى الأخصائى فى عـلاج عيوب النطق ، جنبا إلى جنب مع البيانات المستمدة من نـتائج عملـية التقيـيم ، يكون قادرا على أن يخطط برنامجا علاجيا مناسبا للحالة .

الأساليب العلاجية لعيوب النطق :-

بطبيعة الحال ، الهدف العام من علاج عيوب النطق هو تدريب الطفل على إصدار الأصوات الخاطئة بطريقة صحيحة . ليسـت هناك طريقة واحدة لتحقيق هذا الهدف ، بل ربما يوجد من الطرق المختلفة بعدد الأخصائيين فى علاج عيوب النطق . ذلـك لان لكل أخصائى فى هذا المجال مدخله العلاجى الخاص بـه . بغـض الـنظر عـن المدخل العلاجى المعين ، والطرق

والأنشــطة الــتى يقــع عليها الاختيار ، فإن العملية العلاجية تتضــمن تدريــب الطفل على التعرف على العيوب وتمييزها ، والتدريب على إخراج الأصوات الصحيحة ، واستخدام الأصوات التى يتم تصحيحها فى جميع المواقف التى تتضمن الكلام .

يــتكون برنامج التدريب عادة من جلسات علاجية ، قد تكــون فــردية أو جماعــية ، أو تجمع بين الطريقتين مع أحد أخصائى عيوب النطق . هذا ـ بطبيعة الحال ـ لا يمنع مدرس الفصــل العادى من أن يتعامل مع بعض الحالات البسيطة داخل الفصل على أن يتوفر وجود الأخصائى للقيام بالدور الاستشارى بصــفة أساسية . بالإضافة إلى تكوين عادات النطق الصحيح ، يتضــمن العمــل العلاجــى أيضــا ـ فــى الحــالات الممكنة و الضــرورية ، تصــحيح أى عوامــل لــم يتم اكتشافها أثناء التقييم ، واكتشاف الجوانب التى يمكن أن تكون قد ساهمت فى وجود اضطراب النطق . ومن أمثلة هذه العوامل العناية الطبية بالالــتهابات التى تصيب الأذن الوسطى والتى قد تسبب الفقدان الجــزئى للســمع ، وهو من العوامل المحددة للنطق والكلام ، أو إجــراء عــلاج جراحى لاحد العيوب التكوينية فى الحلق ،

أو عــلاج نفســى لتحسين مفهوم الذات أو بهدف التغلب على بعض الإضطرابات الانفعالية .

عــادة يــبدأ الأخصائى الإكلينيكى عمله العلاجى بتدريب الطفــل على صوت واحد فقط ولا ينتقل إلى صوت آخر إلا بعد أن يتأكد من أن الطفل قد بدا يستخدم الصوت الذى تدرب عليه فــى الكلمات والجمل . إلا أن عدد الأصوات التى يمكن تدريب الطفــل عليها فى الوقت الواحد بتوقف على الطفل نفسه وعلى مدى استعداده للتدريب وقابليته للعلاج .

تســتخدم المواد التى تناسب سن الطفل كاللعب والصور والقصص والمواد المسجلة أثناء الأنشطة العلاجية بهدف زيادة الدافعية عند الطفل . يعتبر النجاح فى كل مستوى من مستويات التدريب ضروريا قبل التقدم إلى المستوى الأعلى .

علــى الرغم من أن الخطوات العامة للتدريب ــ السابق وصفها ــ قد تبدو بسيطة ، إلا أنها غالبا ما تتطلب وقتا طويلا وجهــدا شــاقا حــتى يكتسب الطفل الاستجابة المرغوب فيها ويــتعود علــيها . يســتطيع القارئ أن يقدر مدى صعوبة هذا العمــل إذا مــا قارنـــه بمحاولة تعلم لغة أجنبية لا تشتمل على

الأصوات التى تتضمنها لغته الوطنية ، أو عندما يحاول القارئ أن يـتكلم لمدة خمس دقائق وفى نفس الوقت يدق على منضدة أمامه فى كل مرة ينطق فيها حرفا معينا حرف س مثلا .

علـى الرغم من أن المبادئ الرئيسية للتعلم مثل التقليد والممارسـة والدافعية والاثابة يمكن ــ بل ويجب ــ أن توضع فـى الاعتـبار بغض النظر عن الأسلوب العلاجى الخاص الذى يقـع علـيه الاختيار ، فإن بعض الأخصائيين يؤمنون بتطبيق أسـاليب تعديـل السلوك بشكل خاص فى علاج عيوب النطق . هذا النموذج العلاجى يضع تأكيدا واهتماما خاصا على المبادئ التالية : ــ

١ – اختيار هدف محدد لعملية التعديل على سبيل المثال صوت حرف ر .

٢ – تحديد مدى تكرار حدوث الخطأ قبل بدء العلاج .

٣ – استدعاء أو استثارة السلوك أى النطق الصحيح

٤ – توفـير مواقـف تعمل على زيادة تكرار ظهور الاستجابة الصحيحة وتقليل ظهور الاستجابة الخاطئة

٥ – توفير فرص لتعميم الاستجابة الصحيحة فى مواقف تخرج عن نطاق الجلسات العلاجية .

بوجـــه عام ، يعتبر الاحتفاظ بسجلات دقيقة لاستجابات الطفـــل من الأمور بالغة الأهمية فى التخطيط للمراحل المتتابعة للعمل العلاجى ، وفى تحديد الوقت الذى يكون فيه الطفل مهيئا للانتقال إلى المستويات الأعلى من الصعوبة .

يســـتطيع معلـــم الفصـــل أن يقدم عونا كبيرا فى تدعيم الأنشـــطة التى يقترحها الأخصائى الإكلينيكى . وتتضمن عملية التدعيم التى تتم داخل الفصل ما يأتى : ــ

١ – أن يكـــون المـــدرس واعيا بالأصوات المعينة التى يتدرب الطفـــل علـــيها فـــى برنامجه العلاجى ، وأن يمتدح ويثيب الطفل عندما يصدر هذه الأصوات بطريقة صحيحة .

٢ – تذكير الطفل بأن يستخدم الصوت أو الأصوات الجديدة أى الصحيحة أثناء دروس القراءة الجوهرية .

٣ – مســـاعدة الطفـــل على أن يتعرف على الكلمات من خلال تدريـــبات الهجـــاء التى تحتوى على الأصوات التى يتدرب

علـيها فـى البرنامج العلاجى ، وتوفير خبرة إضافية فى نطق هذه الأصوات .

يضـاف إلـى كل ذلك ، الأنشطة العامة لتحسين النطق والكـلام . تشـتمل هـذه الأنشـطة على التدريبات الصوتية ، ووصـف طـرق إخراج الأصوات المختلفة ، وتدريبات السمع لتميـيز الأصـوات فـى بداية الكلمة أو فى نهايتها ، وجميعها أنشـطة يمكـن أن تكون ذات فائدة كبرى . فى جميع الحالات يجب التأكد من أن الطفل الذى يعانى من أحد إضطرابات النطق لا يـتعرض لاى نـوع مـن السخرية أو الاستهزاء من جانب زملائه أو من جانب الآخرين بوجه عام .

ثانيا : ـ إضطرابات الصوت

تعتبر إضطرابات الصوت اقل شيوعا من عيوب النطق . رغـم هذه الحقيقة ، فإن إضطرابات الصوت تظل تلقى الاهتمام نظـرا لما لها من اثر على أساليب الاتصال الشخصى المتبادل بيـن الأفـراد مـن ناحية ، ولما يترتب عليها من مشكلات فى التوافق ــ نتيجة لما يشعر به أصحابها من خجل ــ من ناحية أخرى .

لما كانت الأصوات تعكس خصائص فردية إلى حد بعيد ، لذا فإن التحديد الدقيق للمحكات المستخدمة فى تشخيص حالات الإضــطرابات الصــوتية مــن الأمور الصعبة والمعقدة . تتأثر الخصــائص الصــوتية للفرد بعدد من العوامل من بينها جنس الفــرد ، وعمــره الزمــنى ، وتكويــنه الجسمى . كذلك ، فإن الأصــوات عند الفرد الواحد تختلف باختلاف حالته المزاجية ، كمــا تتنوع بتنوع الأغراض من عملية التواصل . فى حين أن بعــض الأصــوات تتميز بأنها سارة ومريحة اكثر من غيرها ، فــإن بعــض الأصوات الأخرى يبدو أنها تجذب انتباه الآخرين إلــيها وتستثير من جانبهم أحكاما عليها بالانحراف والشذوذ . هذه الخصائص الصوتية غير العادية أى الشاذة هى التى تدخل فى نطاق إضطرابات الصوت .

خصائص الصوت والاضطرابات المرتبطة بها

توجــد مجموعة من خصائص الصوت يجب الإلمام بها قــبل محاولة التعرف على إضطرابات الصوت . هذا الخصائص الصوتية والاضطرابات المرتبطة بها كما يلى : ـــ

١ - طبقة الصوت

تشـــير طـــبقة الصوت إلى مدى ارتفاع صوت الفرد أو انخفاضــه بالنســبة للســلم الموســيقى . يعتاد بعض الأفراد استخدام مستوى لطبقة الصوت قد يكون شديد الارتفاع أو بالغ الانخفــاض بالنسبة لأعمارهم الزمنية أو تكويناتهم الجسمية . نجـد أمثلة لذلك فى تلميذ المرحلة الثانوية الذى يتحدث بطبقة صوتية عالية أو طفلة الصف الأول الابتدائى التى يبدو صوتها كمـا لـو كان صدرا من قاع بئر عميق . هذه الانحرافات فى طبقه الصوت لا تجذب انتباه الآخرين إليها فقط ، بل ربما ينتج عـنها أيضا أضرار فى الميكانزم الصوتى الذى لا يستخدم فى هـذه الحالـة اسـتخداما مناسبا . تضم حالات اضطراب طبقة الصـوت أيضـا الفواصـل فى الطبقة الصوتية التى تتمثل فى التغـيرات السـريعة غـير المضبوطة فى طبقة الصوت أثناء الكـلام ، والصـوت المرتعش الاهتزازى والصوت الرتيب أى الصوت الذى يسير على وتيرة واحدة فى جميع أشكال الكلام .

شدة الصوت

تشـــير الشدة إلى الارتفاع الشديد والنعومة فى الصوت أثـــناء الحديـــث العـــادى . الأصوات يجب أن تكون على درجة كافـــية من الارتفاع من اجل تحقيق التواصل الفعال والمؤثر ، كمـــا يجب أن تتضمن الأصوات تنوعا فى الارتفاع يتناسب مع المعانى التى يقصد المتحدث إليها . وعلى ذلك ، فإن الأصوات الـــتى تتمـــيز بالارتفاع الشديد أو النعومة البالغة تعكس عادات شـــاذة فى الكلام ، أو قد تعكس ما وراءها من ظروف جسمية كفقـــدان الســـمع أو بعض الإصابات النيرولوجية والعضلية فى الحنجرة .

نوعية الصوت

تـــتعلق نوعية الصوت بتلك الخصائص الصوتية التى لا تدخـــل تحت طبقة الصوت أو شدة الصوت ، بمعنى آخر ، تلك الخصـــائص التى تعطى لصوت كل فرد طابعه المميز الخاص . يمـــيل الـــبعض إلـــى مناقشـــة مشـــكلات رنين الصوت ضمن مناقشتهم لنوعية الصوت ، إلا أننا نفضل مناقشة رنين الصوت

والاضـــطرابات المرتـــبطة بــــه منفصـــلا عـــن نوعية الصوت واضطراباته .

تعتـــبر الانحرافات فى نوعية الصوت ورنينه اكثر أنواع إضـــطرابات الصوت شيوعا . اختلفت المسميات والمصطلحات الـــتى اســـتخدمها أخصـــائيو عـــيوب الكـــلام لوصف وتمييز إضـــطرابات نوعية الصوت . ورغم هذا الاختلاف يمكن تمييز أهـــم إضطرابات الصوت فى الصوت الهامس والصوت الخشن الغليظ وبحة الصوت .

يتمـــيز الصـــوت الهـــامس بالضـــعف والتدفق المفرط للهـــواء ، وغالبا ما يبدو الصوت وكأنه نوع من الهمس الذى يكون مصحوبا فى بعض الأحيان بتوقف كامل للصوت .

أمـــا الصوت الغليظ الخشن ، فغالبا ما يكون صوتا غير ســـار ويكـــون عـــادة مرتفعا فى شدته ومنخفضا فى طبقته . إصدار الصوت فى هذه الحالات غالبا ما يكون فجائيا ومصحوبا بالتوتر الزائد .

ويوصـــف الصـــوت المـــبحوح عادة على أنه خليط من النوعين السابقين أى الهمس والخشونة معا . فى كثير من هذه

الحـــالات يكون هذا الاضطراب عرضا من أعراض التهيج الذى يصيب الحنجرة نتيجة للصياح الشديد أو الإصابة بالبرد ، أو قد يكـــون عرضـــا مـــن الأعـــراض المرضية فى الحنجرة . يميل الصـــوت الـــذى يتمـــيز بالـــبحة لان يكون منخفضا فى الطبقة وصادرا من الثنيات الصوتية .

٤ – رنين الصوت

يشـــير الرنيـــن إلـــى تعديل الصوت فى التجويف الفمى والـــتجويف الأنفـــي أعلـــى الحنجرة ، ترتبط إضطرابات رنين الصـــوت عادة بدرجة انفتاح الممرات الأنفية . عادة لا تتضمن اللغـــة ســـوى أصواتا أنفية قليلة . فى المواقف العادية ينفصل الـــتجويف الانفـــى عن جهاز الكلام بفضل سقف الحلق الرخو أثـــناء إخـــراج الأصـــوات الأخـــرى غير الأنفية . فإذا لم يكن التجويف الانفى مغلقا ، فإن صوت الفرد يتميز بطبيعة أنفية أى كما لو كان الشخص يتحدث من الأنف . تعتبر الخمخمة الخنف والخمخمـــة المفـــرطة خصائص شائعة بين الأطفال المصابين بشـــق فـــى ســـقف الحلق . تحدث الحالة العكسية عندما يظل

تجويف الأنف مغلقا فى الوقت الذى كان يجب أن يكون فيه هذا التجويف مفتوحا لإخراج الحروف الأنفية .

العوامل المسببة لاضطرابات الصوت

الأسـباب العضـوية وغـير العضـوية التى تؤدى إلى الإضـطرابات الصـوتية كثـيرة ومتنوعة . من بين الظروف العضوية التى تتعلق بالحنجرة والتى يمكن أن تسبب إضطرابات الصـوت : القـرح والعـدوى والشـلل الـذى يصيب الثنيات الصـوتية ، والشذوذ الولادى فى تكوين الحنجرة . الأشخاص المصـابون بشـق فى سقف الحلق يواجهون عادة صعوبة فى الفصل بين الممرات الفمية والممرات الأنفية أثناء الكلام ، مما يجعـل أصـواتهم تغلـب عليها الخمخمة الشديدة . كذلك فإن الفقـدان الواضح للسمع الذى يؤثر على قدرة الطفل على تغيير طـبقة الصـوت وارتفاعـه ونوعيـته ، يمكن أن يسبب أيضا إضـطرابات فى الصوت . على أن الانحرافات الصوتية المؤقتة مثل وجود فواصل فى طبقة الصوت التى تصاحب تغير الصوت أثـناء البلوغ وخاصة عند الذكور ، هذه الحالات لا تحتاج إلى علاج .

من ناحية أخرى ، يمكن أن تنتج إضطرابات الصوت عن عوامل وظيفية وليست عضوية . لاحظ برون ١٩٧١ أن معظم إضطرابات الصوت ترتبط بسوء استخدام الصوت أو الاستخدام الشـاذ للصـوت . يمكن أن يتخذ سوء استخدام الصوت أشكالا مـتعددة منها السرعة المفرطة فى الكلام ، أو الكلام بمستوى غير طبيعى من طبقة الصوت ، أو الكلام بصوت مرتفع للغاية ، أو الكـلام المصـحوب بالتوتر الشديد . هذه الأنماط الصوتية يمكـن أن تـؤدى إلـى الاسـتخدام الزائد للميكانزم الصوتى . وعـندما يعـتاد الفرد مثل هذا السلوك ، فإن ذلك يسبب ضررا للحـنجرة وقد يؤدى إلى بعض الانحرافات المرضية العضوية . كذلك ، قد ترتبط إضطرابات الصوت عند الطفل بالعادات السيئة فى التنفس .

تعتبر الإضطرابات السيكولوجية وعدم التوافق الانفعالي حالات يمكن أن تنعكس أيضا فى شكل إضطرابات فى الصوت . علـى أن إضـطرابات الصوت التى ترجع إلى اصل سيكولوجى يبدو أنها اكثر شيوعا عند الكبار منها عند الصغار .

خلاصة القول أن أى شئ يغيرا أو يعوق الأداء الوظيفى العـــادى والفعال لأجهزة التنفس ، وأجهزة الصوت يعتبر سببا من أسباب الإضطرابات الصوتية .

تشخيص حالات إضطرابات الصوت

لعـــل المناقشة السابقة للأنواع المختلفة من إضطرابات الصـــوت والأسباب المؤدية إليها تكون قد أوضحت للقارئ أن مدخل الفريق متعدد التخصصات فى عمليات التشخيص والعلاج يعتبر من الأمور الجوهرية . قبل البدء فى العمل العلاجى لا بد مـــن إجراء الفحص الطبى كخطوة مبكرة وضرورية تهدف إلى اكتشـــاف مـــا إذا كان يوجد خلل عضوى ، ومن ثم بدء العلاج الطـــبى أو الجـــراحى الـــلازم فى مثل هذه الحالة . أما عملية التقيـــيم التى يقوم بها فريق الأخصائيين فأنها تتضمن ــ بوجه عام ــ أربعة مظاهر أساسية هى : ــ

١ – دراسة التاريخ التطورى لحالة الاضطراب فى الصوت .

٢ – التحلـــيل المـــنظم للصـــوت ، ويشمل تحليلا لابعاد طبقة الصوت ، وارتفاعه ، ونوعيته ورنينه .

٣ – فحص جهاز الكلام من الناحيتين التكوينية والوظيفية .

٤ - قـــياس بعض المتغيرات الأخرى عندما تكون هناك حاجة لذلـــك مثل حدة السمع ، والحالة الصحية العامة والذكاء ، والمهارات الحركية ، والتوافق النفسى والانفعالي .

عند القيام بتحليل أبعاد الصوت يجرى أخصائى أمراض الكـــلام تقيـــيما للطفـــل فـــى أبعاد طبقة الصوت والارتفاع ، والنوعـــية ، والرنين أثناء الكلام فى مواقف المحادثة العادية ، وأيضـــا من خلال أنشطة كلامية يتم تصميمها لأغراض عملية التقييم . كذلك يتم فحص جهاز الكلام عند الطفل ونمط التنفس أثـــناء الأنشطة التى تتضمن الكلام ، والأنشطة التى لا تتضمن الكلام أيضا . يحال الطفل إلى الجهات المتخصصة الملائمة إذا بـــدا أنه يعانى من إضطرابات أخرى كالاضطرابات الحركية أو العقلية أو الانفعالية .

الأساليب العلاجية لاضطرابات الصوت

بغض النظر عن الأسباب الخاصة التى تكون قد أدت إلى اضـــطراب الصـــوت ، يحتاج الأمر إلى فترة علاجية لمساعدة الطفـــل على تعلم استخدام الجهاز الصوتى بطريقة اكثر ملاءمة ولتجنـــب أو تخفيض أى استخدام سيئ لجهاز الكلام . بطبيعة

الحـــال ، يصـــمم الـــبرنامج العلاجى لطفل بعينه وللاضطراب الخـــاص فـــى الصـــوت ، وعلى ذلك فإن أيا من الطرق التالية يمكـــن أن تكـــون ملائمة لحالة من الحالات ، ولا تكون ملائمة لحالات أخرى .

الهدف العام من علاج الصوت هو تطوير عادات صوتية فعالة و مؤثرة .

يتمثل أحد المظاهر الرئيسية للعلاج فى التعليم أو إعادة التعلـــيم الصـــوتى . يجب أن يفهم الطفل تماما ماهية اضطراب الصـــوت الـــذى يعانى منه ، وما الذى سببه ، وما يجب عمله لتخفـــيف حدة هذا الاضطراب . مما لا يحتاج إلى تأكيد ضرورة أن تـــتوفر لـــدى الطفـــل الدافعـــية الكافية لتغيير الصوت غير الملائـــم ، وأن تكـــون لديـــه الرغـــبة فى تعديل بعض العادات الراســـخة . بدون ذلك يكون البرنامج العلاجى عرضه للفشل . أن الـــدور الذى يمكن للأخصائي الإكلينيكى أن يلعبه فى علاج اضطراب الصوت عند الطفل يعتبر ضئيلا مما يقتضى أن يعمل الطفل بتعاون ورغبة مع الأخصائى للتعرف على الصوت الجديد والـــتعود عليه . يترتب على ذلك أن الطفل يحتاج إلى قدر كبير

مـــن التشجيع والتدعيم من جانب الأخصائى المعالج ومن جانب الوالديـــن والمعلمين والزملاء طوال فترة برنامج التدريب على الأصوات .

رغـــم أن العملـــيات العلاجـــية الخاصة تختلف باختلاف الأخصـــائيين الإكلينيكيـــن وباختلاف الحالات ، يتضمن علاج الصـــوت عادة أربعة مظاهر أساسية تستحق الاهتمام . إذا كان واضـــحا أن اضطراب الصوت يرتبط بسوء الاستخدام ، يصبح أحـــد المظاهـــر الرئيســـية للعـــلاج التعرف على مصادر سوء الاســـتخدام ، وتجنـــب هـــذه المصادر . ونظرا لان الأخصائى الإكلينـــيكى لا يســـتطيع أن يعتمد اعتمادا مطلقا على التقارير اللفظـــية الـــتى يقدمها الأطفال أنفسهم ، فإن من الأفكار الجيدة والمفـــيدة أن يقـــوم الأخصـــائى بملاحظـــة الطفل فى عدد من المواقف المنوعة بهدف تحديد الطريقة التى اعتاد عليها الطفل فـــى استخدام الأصوات . على أن التقارير المقدمة من الوالدين والمعلميـــن تعتـــبر ضرورية فى التعرف على العادات الصوتية عند الطفل .

بعد أن يتم التعرف على نوع اضطراب الصوت ، يجب مناقشة الأنواع المعينة من سوء الاستخدام وانعكاساتها على الكلام مع الطفــل نفسه . بعدئذ يبدأ تخطيط الطرق التى يمكن من خلالها تخفــيف الحالـــة أو تجنبها . يعتبر تفهم الطفل وتعاونه أمورا أساســية نظرا لان الأخصائى لا يمكن أن يتواجد مع الطفل فى كــل لحظـــة وينـــبهه بصفة دائمة إلى العادات الصوتية السيئة ويطلب منه تصحيحها .

المظهــر الـــثانى للبرنامج العلاجى لاضطرابات الصوت يتمـــثل فى التدريب على الاسترخاء . فى هذا المظهر العلاجى يــدرب الطفــل علــى كيفــية إخــراج الأصوات بطريقة تتميز بالاسترخاء والسلاسة خاصة إذا كان الطفل يتكلم عادة بطريقة مصحوبة بالتوتر الشديد . على الرغم من أن النتائج مع صغار الأطفـــال ليســت ناجحـــة دائما ، فإن التدريب على الاسترخاء الجســمى بوجه عام قد يكون ضروريا بالإضافة إلى الاسترخاء بشكل خاص فى مناطق الوجه والفم والحلق .

أن خلـــو الميكانزم الصوتى من التوتر يعمل على تسهيل تحقيق المظاهر الأخرى للبرنامج العلاجى .

يتضمن المظهر الثالث لعلاج الصوت التدريبات الصوتية والتدريب المباشر على إخراج الأصوات المختلفة . توجد تدريبات خاصة متوفرة الان لتحسين طبقة الصوت ، وتدريبات لرفع طبقة الصوت التى اعتاد عليها الطفل وتدريبات لخفض هذه الطبقة ، وتدريبات لزيادة مرونة طبقة الصوت . كذلك توجد تدريبات تهدف إلى تحقيق مستوى اكثر ملاءمة من ارتفاع الصوت ، وتدريبات أخرى لتحسين نوعية الصوت بوجه عام . التدريبات التى يقع عليها الاختيار ، والهدف من كل تدريب تطور لتتناسب مع حالة كل طفل كفرد .

* على سبيل المثال ، قد تقتضى حالة أحد الأطفال خفض مستوى طبقة الصوت التى اعتاد عليها بمقدار ثلاث نغمات ، فى حين تتطلب حالة طفل آخر زيادى مدى طبقه الصوت بمقدار نصف ثماني . أثناء المرحلة المبكرة لعلاج الصوت قد يطلب الأخصائى الإكلينيكى إجراء تجريب على صوت الطفل بطرق مختلفة ليستكشف تجمعات طبقة الصوت والارتفاعات فى الصوت كى يتوصل إلى تحديد لكيفية إنتاج افضل نوعية من الصوت عند هذا الطفل .

وعــندما يــتعرف الطفل على الصوت الجديد يحتاج إلى قــدر كبير من الممارسة فى تمييز هذا الصوت واستخدامه فى المواقــف المخــتلفة التى تتضمن الكلام . كذلك ، يعتبر تدريب الأذن ، وتحسين المهارات العامة للاستماع مظاهر لها أهميتها فى التدريبات الصوتية .

غالــبا مـــا تكون تدرلدقيقة لكل منها . بوجه عام يمكن تصــنيف الــنظريات التى فسرت اللجلجة فى ثلاث مجموعات رئيسية هى : —

١ – النظريات التى اعتمدت فى تفسير اللجلجة على الانحرافات الجسمية أو التكوينية

٢ – الــنظريات الــتى تــرجع اضــطراب اللجلجة إلى أسباب سيكولوجية ونيرولوجية .

٣ – نظريات التعلم

منذ عهد أر سطو ويسود اعتقاد لدى البعض بأن أسباب اللجلجة تكمن فى بعض العوامل الجسمية أو التكوينية . شملت العوامــل العضوية التى افترضتها النظريات المبكرة فى تفسير اللجلجــة بعــض العوامــل مثل : الخطأ التكوينى فى اللسان ،

والـــتلف المخـــى ، وعدم القدرة على التنسيق الحركى . خلال الثلاثينـــيات من هذا القرن شاعت إلى حد بعيد نظرية تدعو إلى أن الأشـــخاص الذيـــن يعـــانون من اضطراب اللجلجة تنقصهم السـيطرة المخية العادية . كذلك اخذ بعض العلماء بالافتراض القـــائل بـــأن أسباب اللجلجة تكمن فى العوامل الوراثية ، وكان من بين المدافعين عن هذا الرأى ويندل جونسون ١٩٥٩ . من ناحـــية أخرى ، يوجد اتجاه بأن العوامل البيئية وعوامل التعلم والاكتساب يمكن أن تكون سبباً فى اضطراب اللجلجة .

تجـــدر الإشارة فى هذا المقام إلى وجهتى نظر تعتمدان علـــى العوامـــل الجسمية والتكوينية . إحدى وجهتى النظر ــ وهـــى نظرية حديثة ــ ترى أن اللجلجة هى نوع من الخلل فى ضـــبط التوقيت ينتج عن اضطراب التغذية المرتدة السمعية مما يـــؤدى إلى تقطع فى تتابع العمليات الحركية اللازمة للكلام فإن ريبر ١٩٧١ ، ١٩٧٣ . أما وجهة النظر الثانية فهى نظرية لا تزال موضع جدل ونقاش وترى أن محور عملية اللجلجة يكمن فى خلل يصيب الأداء الوظيفى للحنجرة فى المواقف التى تسبب الـــتوتر شوارتز ١٩٧٦ . تقول هذه النظرية أن بعض العوا

تــؤدى إلى أن تظل الثنيات الصوتية فى الحنجرة مفتوحة ومن ثم تعوق إصدار الأصوات اللازمة للكلام . ولكى يتغلب الشخص علـــى الثنـــيات الصوتية المفتوحة فانه يقوم بالضغط على هذه الثنـــيات بواســـطة الشفتين واللسان والفك واجزاء أخرى من الجســـم . تصبح هذه الاستجابات جزءا من السلوك الذى نطلق عليه اللجلجة .

علـــى الـــرغم من أن كثيرا من المبادئ التى جاءت بها الـــنظريات العضوية والتكوينية المبكرة لا تلقى تأييدا كبيرا فى الوقـــت الحاضـــر من جانب كثير من الأخصائيين ، فإن احتمال وجـــود انحـــرافات تكوينـــية لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب اللجلجة افتراض لا يمكن استبعاده .

مـــن ناحية أخرى ، نظرت بعض النظريات إلى اللجلجة علـــى أنها أحد الأعراض النيرولوجية التى ترجع إلى حاجات لا شـــعورية عند الفرد ، أو إلى القلق الشديد ، أو إلى المشكلات الانفعالـــية الحادة . على الرغم من أن نظريات التحليل النفسى فـــى تفسير اللجلجة لا يزال لها مؤيدوها والمدافعون عنها من أمـــثال بلانتون و بار بارا ، فإن عددا كبيرا من الأخصائيين فى

علاج عيوب النطق يتفقون على أنه إذا وجدت المشكلات الانفعالية لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب اللجلجة ، فإن هذه المشكلات عادة ما تكون نتيجة من نتائج الاضطراب اكثر منها سببا فيه .

لقيت نظريات التعلم فى تفسير اللجلجة تأكيدا واهتماما فى السنوات الأخيرة . رغم ذلك فإن المبادئ الخاصة والمحددة للنظريات المختلفة للتعلم متباينة إلى حد بعيد . افترضت إحدى هذه النظريات التى عالجت اللجلجة منذ وقت مبكر أن هذا الاضطراب ينمو ويتطور عندما يستجيب الوالدان بطريقة سلبية للأشكال العادية من عدم طلاقة النطق التى تظهر عند الأطفال الصغار جونسون وآخرون ١٩٦٧ . يترتب على ذلك بدء دائرة مفرغة . تبدأ هذه الدائرة بشعور الطفل بالاستجابات السلبية من جانب الوالدين ، وبعدئذ يدخل الطفل مرحلة صراع تصاحب محاولاته لتجنب أشكال عدم طلاقة النطق . هذا الصراع يؤدى بدوره إلى زيادة عدم طلاقة النطق اكثر مما يؤدى إلى تخفيضها . من ثم ــ كما تقول هذه النظرية ــ فإن اللجلجة كمشكلة محددة تحدث بعد أن تكون قد حملت هذا المسمى من

جانـــب الوالديـــن أو الأشخاص الآخرين تقول "فإن ريبر " أن كثـــيرا مـــن أشكال السلوك التى يطلق عليها اضطراب اللجلجة ســـلوك مـــتعلم على الرغم من أن نظريات التعلم الحالية قد لا تتضـــمن تفســـيرا كـــاملا للأصول التى تنشأ منها اللجلجة أو الأسباب التى تؤدى إلى بقائها واستمرارها .

كلمة أخيرة بعد هذا العرض هى أن الشئ المؤكد الوحيد هـــو أن الحـــوار والجدل النظرى حول اللجلجة وأسبابها ربما يســـتمر طالمـــا أن هـــذا الاضطراب من إضطرابات الكلام قائم وموجود .

المظاهر الواضحة والخفية لاضطراب اللجلجة

يكـــون اضـــطراب اللجلجة عادة مصحوبا بمجموعة من المظاهـــر بعضـــها وضاح يمكن للآخرين ملاحظته ، وبعضها الآخـــر خفى غير قابل للملاحظة المباشرة . المظاهر الواضحة لعـــدم طلاقة النطق ، وما يرتبط بها من لزمات غير ذات صلة بالكلام ذاته تظهر فى أوقات مختلفة وبدرجات متفاوتة . تشمل أشـــكال عـــدم الطلاقـــة الـــتى كثيرا ما ترتبط باللجلجة تكرار الأصـــوات الفردية والمقاطع والإطالة فى نطقها . من الأشكال

الأخــرى لعدم الطلاقة تكرار الكلمات والجمل الناقصة وإصدار الأصــوات الخاطفة والفترات المتقطعة من الصمت . كذلك فإن صعوبة حركة أجهزة الكلام الشفاه واللسان والأسنان تعتبر من المظاهر الشائعة .

فــى كثير من الحالات تنمو وتتطور بعض اللزمات غير المرتــبطة بـــالكلام كجزء من السلوك المصاحب للجلجلة . من بيــن هــذه الأشــكال مــن السلوك الثانوى ارتجاف الشفاه ، وارتعـــاش رمــوش وجفــون العينيــن ، والفــك ، وارتعاش الذراعين ، وزيادة توتر أجزاء الجسم ، وعدم انتظام التنفس ، وشخير الأنف .

جمــيع الأشــكال السابقة من السلوك الظاهر يعتقد بأنها ترتبط بالجوانـــب الخفــية غير الظاهرة ، أى المشاعر الداخلية للفرد تجــاه موقــف اللجلجة . كثيرا ما تتضمن استجابات الأشخاص الذيــن يعانون من اللجلجة الخوف من إصدار أصوات معينة ، أو الخوف من المواقف التى تتطلب الكلام بوجه عام ، ومشاعر القلــق والإحباط فيما يتعلق باللجلجة . ومن أشكال هذا السلوك أيضــا مشــاعر الذنــب والميول العدوانية . مثل هذه المشاعر

كثيرا ما تدفع الشخص الذى يعانى من اللجلجة إلى تجنب الكلام أو محاولـــة تأخـــيره خاصـــة عندما يتوقع مواجهة مشكلة أو صعوبة ما .

مـــن المعروف أن الأشخاص الذين يعانون من اللجلجة يتنـــبأن بدقة بالأوقات والمواقف التى يتوقعون اللجلجة فيها ، وتمـــيل مظاهـــر عـــدم الطلاقة إلى الحدوث فى نفس المواقف وربما فى نفس الكلمات أيضا . بوجه عام ، تميل أشكال سلوك اللجلجة إلى الحدوث فى الأصوات التى تبدأ بها الكلمات ، وفى الكلمات الأولى من الجمل ، وفى الكلمات الطويلة .

يســـتخدم كثـــير من الأخصائيين الإكلينيكيين مصطلحى أولـــى وثـــانوى للتميـــيز بين حالات اللجلجة الخفية ، وحالات اللجلجة الحادة . وكما سبق أن ذكرنا فإن اضطراب عدم طلاقة الـــنطق يمـــيل لان يكـــون ظاهرة نمائية تزداد سوءا بالتدريج بمضـــى الوقـــت إذا لـــم يـــتوفر لها العلاج الملائم فى الوقت المناسب .

أساليب تشخيص حالات اللجلجة :

بوجـــه عام ، يحتاج أخصائى عيوب النطق لان يحدد ما إذا كانـــت هناك حالة حقيقة من اللجلجة ، أم أن ما يظهر على الطفـــل لا يتعدى مجرد كونه نوعا من عدم الطلاقة يعتبر نمطيا بالنســـبة لعمره الزمنى . إذا كان الطفل يعانى من حالة لجلجة حقـــيقة يجب البحث عن الكيفية التى بدأ بها ظهور المشكلة ، والطـــريقة الـــتى تطـــورت بها ، ويتم ذلك من خلال الدراسة المفصلة للتاريخ التطورى للحالة .

لمـــا كانـــت الاختبارات التشخيصية للكشف عن حالات اللجلجـــة تعتبر محدودة للغاية ، فإن قدرا كبيرا من المسؤولية يقع على عاتق الأخصائى الإكلينيكى فى تصميم وسائله الخاصة لتقيـــيم ووصف المظاهر الخاصة لسلوك اللجلجة . يحتاج هذا الأخصـــائى أن يحـــدد أشـــكال عـــدم طلاقة النطق من ناحية ، واللـــزمات الـــثانوية المرتـــبطة بهـــا من ناحية أخرى ، وذلك باســـتخدام أنـــواع مختلفة من مواد القراءة ، ومواقف مختلفة تتطلب الكلام .

كدلالات إضافية على درجة حدة حالة اللجلجة ، كثيرا ما يستخدم الأخصائيون أساليب ووسائل لقياس إمكانية تكييف حالة اللجلجة أى ميل اللجلجة إلى التناقص كلما كرر الطفل قراءة نفس المادة ، وكذلك

ثبات اللجلجة أى ميلها للحدوث فى نفس الكلمات فى القراءة المتتالية لنفس المادة .

أو وعى الطفل باللجلجة واستجاباته لها تحتاج أيضا إلى تحديد جنبا إلى جنب مع الوسائل التى تستخدم للتغلب على حالة عدم الطلاقة فى النطق وهى التأخير ، والتجنب والبدء والتوقف .

بعدئذ يقوم الأخصائى الإكلينيكى بتجريب أساليب علاجية مختلفة أثناء عملية التقييم التشخيصية بهدف التعرف على الأساليب التى تبدو اكثر فعالية من غيرها فى تعديل سلوك اللجلجة .

تستخدم هذه المعلومات بالإضافة إلى نتائج الأساليب التشخيصية العامة التى سبق شرحها فى تقدير درجة حدة

الاضـــطراب عـــند الطفل ، والطريقة التى تطورت بها الحالة ، وتحديد البرنامج العلاجى الذى يناسب كل هذه الظروف .

الأساليب العلاجية لحالات اللجلجة

يوجـــد من المداخل العلاجية لاضطراب اللجلجة بقدر ما يوجـــد من نظريات فى تفسير هذا الاضطراب رغم هذا التباين الواســـع فى الأساليب العلاجية ، فإن معظم برامج العلاج توجه نحو الحالات المتقدمة عند المراهقين والراشدين الذين تكون قد تطـــورت لديهـــم أعراض ثانوية واضحة ومشاعر سلبية قوية تجـــاه الحالـــة . لـــذا فـــإن الـــبرامج العلاجية ــ كما أوضح وليامز ١٩٧١ ــ لا تستخدم دون تمييز مع الأطفال الصغار فى المراحل النمائية المبكرة من اللجلجة .

لا يـــزال عـــدد كبـــير من أخصائى علاج عيوب النطق والكـــلام يتفقون مع الفكرة التى نادى بها ويندل جونسون منذ ســـنوات ومؤداها أن تخفيف حالة الخوف والمحاولات المبذولة لتجنب اللجلجة يساعد على تجنب ما يطلق عليه سلوك الصراع الـــذى يعتـــبر أحـــد المكونـــات الهامـــة لســـلوك اللجلجـــة جونسون ١٩٦٧ . تقوم الطريقة التى اقتراحها جونسون على

أســـاس أن تدريـــب الطفـــل علـــى الحديث عن سلوك اللجلجة بطـــريقة موضوعية ووصفية اكثر من تناولها بطريقة تقييمية وانفعالـــية يعتـــبر عملا له دلالته وأهميته فى تخفيض مخاوف الطفل .

فـــى أســـلوب علاجـــى آخر يوصى كل من لوبر وملدر باســـتخدام الأهـــداف والأساليب المبنية على المراحل النمائية لحالة اللجلجة عند الطفل وهى : ــ

المرحلة الأولى : اللجلجـــة المبتدئة تحتاج هذه المرحلة إلى أساليب وقائية بيئية غير مباشرة تشتمل على إرشـــاد للوالدين اكثر مما تحتوى على علاج إكلينيكـــى للطفـــل . يهدف البرنامج فى هذه المـــرحلة المبتدئة إلى مساعدة الوالدين على إدراك وتفهـــم الأشـــكال العاديـــة لعدم طلاقة النطق عند الأطفال ، والطرق التى تتطور بها حالـــة اللجلجة ، وتشجيع الوالدين على تقبل الجهـــود الـــتى يـــبذلها الطفـــل فى الكلام ، والاســـتجابة لمـــثل هـــذه الجهـــود بطريقة

إيجابية ، وتحسين العلاقات بين الطفل والوالدين ، وتغيير الظروف البيئية بقصد التقليل من الضغوط المفروضة على الطفل للكلام بطريقة عادية ، جميع هذه الجهود تعتبر أهدافا هامة فى العمل الإرشادي مع الوالدين فى هذه المرحلة المبكرة من اضطراب اللجلجة عند الطفل .

المرحلة الثانية : اللجلجة الانتقالية التحولية فى هذه المرحلة يوصى كل من لوبر وملدر بتنفيذ برنامج إرشادي مع الوالدين ، جنبا إلى جنب مع الاتصال المباشر بالطفل . فى هذه المرحلة يفضل استخدام أساليب العلاج غير المباشرة نسبيا والتى تتم من خلال اللعب . التأكيد الأساسي فى هذه المرحلة يتركز حول توفير خبرات فى الكلام تتميز بالإيجابية وتجلب المتعة للطفل وتعلمه التغلب على معوقات

الـنطق الراهـنة والتدريب على تجاهل هذه المعوقات فى المستقبل .

المرحلة الثالثة : اللجلجـة الثابـتة : تستدعى هذه المرحلة أسلوبا علاجيا مباشرا يهدف إلى تحسين طرق مواجهـة الطفـل للحظـات الـتى تحدث فيها اللجلجـة ، والتقلـيل مـن اللـزمات الثانوية المصـاحبة لها . الأطفال فى هذهَ المرحلة من اللجلجـة يكونون على درجة عالية من الوعى والإدراك بالمشـكلة ، وكثـيرا ما يستخدمون طـرقا غـير متكيفة للهروب من مواقف عدم طلاقـة الـنطق . توجه أنشطة العلاج فى هذه المـرحلة أيضـا نحـو تقليل درجة حساسية الأطفـال للطـريقة الـتى يـبدون عليها أمام الآخرين . يظل الهدف العام من العلاج فى هذه المرحلة هو تسهيل النطق .

المرحلة الرابعة : اللجلجة المتقدمة : الحالات التى تصل إلى هـذه المرحلة المتقدمة من الاضطراب يكون

أصحابها عادة من المراهقين . بالنسبة لهذه الفـئة يوجـه الجانب الأكبر من الاهتمام إلى تشـجيع الاتجاهـات الإيجابـية ، ومواجهة المخـاوف والاسـتجابات الانفعالية السلبية ، وتقلـيل حدة الصراع الذى يشعر به المراهق فـى محاولاته لتجنب اللجلجة . توجد أساليب مـتعددة أيضـا لـتعديل الاستجابات الظاهرة لاضطراب اللجلجة .

طـورت "فـان ربـر" ١٩٧١ نوعا مختلفا من البرامج العلاجـية لعـيوب اللجلجة يتكون من أربع مراحل تسير على النحو التالى :

١ – مرحلة التعرف والتمييز ، وفيها يقوم الشخص الذى يعانى مـن الاضطراب بالتعرف على سلوكه الذاتى كما يحلل هذا السلوك .

٢ – مـرحلة تخفيف الحساسية ، الهدف فى هذه المرحلة هو تقلـيل الاستجابات السلبية من جانب المتلجلج تجاه سلوكه الشخص فى مواقف اللجلجة .

٣ – مــرحلة تعديــل الســلوك ، الغاية من هذه المرحلة تقليل الصــراع وســلوك الأحجام عن الكلام ، وتحقيق درجة من اللجلجة تتسم بقدر اكبر من الطلاقة ، وتكون اقل شذوذا .

٤ – مــرحلة تثبيــت الســلوك ، يهدف العمل العلاجى فى هذه المــرحلة إلــى تعويد الطفل على طريقة للكلام اكثر طلاقة بشكل واضح .

هــذا وقــد طبقت مبادئ نظريات التعلم وأساليب تعديل السلوك فى عدد من البرامج العلاجية الأخرى بيركنز ١٩٧٣ . مــن أمــثلة هــذه البرامج تلك التى تعتمد على ما يطلق عليه الــتغذية المــرتدة السمعية . فى هذا الأسلوب العلاجى يستمع المــتكلم إلى حديثه الذى يكون قد سبق تسجيله ثم تعاد أذاعته مع شئ من التأخير الطفيف أثناء الكلام . يستخدم هذا الأسلوب بهــدف تكوين نمط من الكلام وأن كان بطيئا إلى حد ما إلا أنه اكــثر طلاقــة . بعدئذ يتم تشكيل هذا النمط فى معدلات عادية للكلام . ويلى ذلك تعميم هذا النمط فى مواقف أخرى بعيدة عن الموقف العلاجى .

بوجـــه عـــام ، يكون التركيز فى أساليب تعديل السلوك علـــى مظاهـــر السلوك الكلامى وغير الكلامى عند الفرد ، اكثر من الاهتمام بالاتجاهات والمشاعر التى تقف وراء هذه المظاهر السـلوكية . أن بعــض التوصيات التى قد تكون معينة لمدرس الفصـــل فـــى علاج عيوب النطق تتضمن توفير خبرات إيجابية مـــن الكـــلام ، وتجنـــب الضغوط على الطفل لا ضرورة لها ، وتجنب الاستهزاء من جانب .

إضطرابات اللغة

النمط العادى للنمو اللغوى

واضـــح من المناقشة السابقة لاضطرابات الكلام أن فهم الـــنمط العادى لنمو الكلام عند الأطفال يعتبر محكا أساسيا من اجـــل تحديـــد وجود اضطراب حقيقى عند طفل ما . يصدق هذا القـــول أيضا عندما نكون بصدد إضطرابات اللغة . فى مثل هذه الحالة يحتاج القائم بالتشخيص والتقييم أن يكون مزودا بمعرفة واضحة لنمط النمو العادى فى اللغة عند الأطفال .

الإطار العام للركائز الأساسية للنمو اللغوى العادى يمتد بـــنا إلـــى حوالـــى سن دخول المدرسة . ففى سن الخامسة أو

السادسة يكون معظم الأطفال عادة قد اكتسبوا القواعد الرئيسية فـــى اللغـــة . ومع ذلك تسمتر الثروة اللفظية عند الأطفال فى النمو . وتكون فى نموها عرضه لكثير من المؤثرات كالذكاء ، ومدى توفر الفرص التعليمية ... الخ .

يتضمن الجدول التالى عرضا مختصرا للمراحل المختلفة للـــنمو اللغـــوى عـــند الأطفال ، والأطر العامة الأساسية لهذا المظهر النمائى .

جدول رقم ٥

يبين مراحل النمو اللغوى عند الأطفال

العمر الزمنى	خصائص اللغة
من الميلاد ــ ٨ شهور	فـــترة مـــا قـــبل اللغـــة ــ نمـــو وعـــى الطفـــل وإدراكه للعالم المحيط بـــه دون أن يفهـــم الكلمـــات أو يصـــدرها علـــى مســـتوى رمزى .
من ٩ ــ ١١ شهرا	الفـــترة الانتقالية ، يبدأ الطفل فى فهم معانى بعض الكلمات .

خصائص اللغة	العمر الزمنى
مـرحلة اللغة ، ينطبق الطفل الكلمات الحقيقة الأولى	من ١١ ـ ١٢ شهرا
تزايد فى الثروة اللفظية	من ١٢ ـ ١٨ شهرا
تركيبات من كلمتين ـ تنوع اكبر فى المعانى والعلاقات بين الألفاظ ـ نمو سـريع فـى الـثروة اللفظية ـ تفهم متزايد لما يقوله الآخرون	من ١٨ ـ ٢٤ شهرا
تركيبات لجمل مكونة من ثلاث كلمات ـ استمرار فى نمو الثروة اللفظية ـ تركيبات لجمل متزايدة فى الصعوبة ـ بدايـة اسـتخدام علامـات التشـكيل والصرف	من ٢ ـ ٣ سنوات
زيادة فى طول الجملة ودرجة تعقيدها ـ عـدد اقـل من الأخطاء فى قواعد اللغة ـ استمرار نمو الثروة اللفظية	من ٤ ـ ٥ سنوات
اسـتخدام جمل أطول واكثر تعقيدا مع	٦ ـ سنوات

العمر الزمنى	خصائص اللغة
	عـدد اقـل من أخطاء قواعد اللغة ــ فهـم واستخدام معظم القواعد اللغوية الأساسية ــ الاسمترار فى نمو الثروة اللفظية

يبدأ معظم الأطفال عادة فى استيعاب معانى عدد محدود من الكلمات عندما يبلغون الشهر التاسع من العمر تقريبا ، كما يـبدأون فـى نطـق الكلمات الحقيقة الأولى فى حوالى الشهر الحـادى عشر أو الثانى عشر . تظل قدرة الأطفال على التعبير عـن أنفسـهم لعدة شهور بعد ذلك قاصرة على كلمة واحدة . يطلـق على هذه المرحلة عادة للإشارة إلى أن الطفل يعبر عن فكرة كاملة من خلال كلمة واحدة . نجد الطفل فى هذه المرحلة يقـول ــ على سبيل المثال كلمة ماما تعبيرا عن معنى متكامل ربمـا يكـون ماما ، أنا جائع وفى حوالى السنة والنصف من العمـر يبدأ معظم الأطفال فى إصدار تركيبات من جمل تحتوى على كلمتين يكون فيها ترتيب الكلمة ذا أهمية بالنسبة للمعنى .

يعـــبر الأطفـــال فيما بين السنة والنصف والسنتين من العمر عن كثير من المعانى المختلفة والعلاقات بين الألفاظ على الرغم من أن طول الجملة يكون قاصرا على كلمتين .

أمـــا الأطفـــال فى سن سنتين إلى ثلاث سنوات فيزيدون مـــن طول الجملة ودرجة تعقيدها . غالبا ما تكون الجمل التى يستخدمها الأطفال فى سن سنتين ذات صياغة تلغرافية ، بمعنى أنهـــا تتضـــمن فقط الكلمات ذات المحتوى الدال والهام بالنسبة للمعـــنى مـــثل بابـــا شـــغل وفى حوالى سن الثالثة تكون جمل الأطفـــال اكـــثر تعقيدا من ناحية القواعد ، كما أنها تكون اكثر اكـــتمالا مـــن ناحية المعنى . من الشائع أيضا فى هذه المرحلة وقوع الأطفال فى كثير من الأخطاء فى قواعد اللغة .

تكـــون لـــدى الأطفـــال فى سن الرابعة والخامسة ثروة لفظـــية أوسع ، وتحتوى الجمل التى يستخدمونها على عدد اقل من الأخطاء فى القواعد . من الشائع أن يواجه الأطفال فى هذه الســـن صـــعوبة فى الصيغ غير المعتادة من اللغة . فى حوالى ســـن السادسة يكون معظم الأطفال قادرين على التعبير اللفظى

عـن أفكارهم بصورة اكثر فعالية مستخدمين جملا أطول واكثر تعقيدا ، مع عدد قليل من أخطاء القواعد اللغوية .

علينا أن نتذكر دائما أن المراحل السابقة تعتبر اتجاهات نمائـية عامـة ، وأن الأطفـال كأفراد يظهرون قدرا كبيرا من التباين فيما بينهم فى نمو اللغة . يؤكد علماء سيكولوجية النمو أن تـتابع النمو اللغوى يكون ثابتا إلى حد كبير بين الأطفال ، على الرغم من أن معدلات النمو قد تختلف من طفل إلى آخر .

أنواع إضطرابات اللغة وخصائصها المميزة

العوامل السببية للاضطرابات اللغوية

يؤثـر عـدد كبـير من العوامل الجسمية ، والنفسية ، و الاجتماعية والبيئية على نمو اللغة عند الأطفال لذلك ترتبط إضـطرابات اللغة ارتباطا وثيقا بالأشكال الأخرى من العجز أو القصـور ، وحالات الإعاقة المتعددة . على سبيل المثال ، فى حالـة الـتخلف العقلى نجد أن مهارات النطق واللغة تتحدد من خـلال مسـتوى الأداء الوظيفى العقلى ، وتكون مسايره لهذا الأداء . بوجه عام ، لما زادت الإصابة فى الجوانب المعرفية ، كلمـا زاد الـتأخر والأثر المعوق لنمو اللغة . نلاحظ أيضا عند

الأطفـــال المهمليـــن اجتماعـــيا أن العوامل البيئية مثل النماذج الرديئة من اللغة والكلام المستخدم فى البيئة الأسرية ، ونقص الاستثـــارة اللغويـــة الملائمة ، يمكن أن تؤدى إلى تأخر النمو اللغوى عند مثل هؤلاء الأطفال . واضح أيضا أن أنماط اكتساب اللغة عند الأطفال الذين ينتمون إلى اسر مخفضة فى المستوى الاجـــتماعى والاقتصادى ، يمكن أن تختلف عن الأنماط اللغوية عند الأطفال من الطبقات المتوسطة أو العليا . الشئ الجوهرى الـــذى يحـــتاج إلى تأكيد هو إلا نخلط بين الفروق فى اللهجات المحلية وبين إضطرابات اللغة . أن الوقوع فى مثل هذا الخطأ فـــى التشخيص يمكن أن يؤدى إلى وضع برنامج علاجى غير ملائـــم قـــد تترتـــب علـــيه آثار ونتائج غير مرغوب فيها عند الطفل .

نال القصور فى الجهاز العصبى المركزى ، مع احتمالات تأثـــير هذا القصور على مراكز اللغة فى المخ ، الاهتمام اللازم أثـــناء مناقشـــة المداخـــل الطبـــية أو النيرولوجية فى تفسير الصعوبات الخاصة فى التعليم راجع الفصل الثانى . يعتمد النمو العـــادى للغـــة عـــند الأطفـــال أيضا على التوافق السيكولوجى

والانفعـــالى الســـوى . بعض الأطفال الذين يعانون من إعاقات انفعالـــية يظهـــرون إضطرابات فى اللغة ، وخاصة فى الموقف التى تتضمن نوعا من التواصل الشخصى المتبادل . يضاف إلى ذلك ، أن الأطفال لا بد وأن يستمعوا إلى اللغة المنطوقة إذ ما أريـــد لهـــذه اللغة أن تنمو وتتطور بشكل صحيح دون مساعدة خاصـــة . من ثم فإن الطفل الذى يعانى من إعاقة فى السمع ــ بدرجة متوسطة أو حادة ــ من المتوقع أن يعانى من مشكلات فـــى اللغـــة إذا لـــم يتم التعرف على الإعاقة السمعية فى وقت مـــبكر ، وإذا لـــم يصـــحح القصـــور السمعى سواء من خلال الأساليب الجراحية أو باستخدام الأدوات المعينة على السمع .

الإضطرابات اللغوية : المستقبلة و التعبيرية

يمكـــن أن تشـــمل الصعوبات اللغوية اللفظية التى تعتمد علـــى السمع المهارات المستقبلة عند الطفل أى الاستيعاب ، أو المهارات التعبيرية أى الإنتاج ، أو قد تتضمن كلا من النوعين من المهارات فى نفس الوقت . يمكن القول ــ بوجه عام ــ أن الإضطرابات فى اللغة المستقبلة يكون مصحوبا بعيوب تعبيرية نظـــرا لان التعبـــير مبنى على الاستيعاب ، لكن الاضطراب فى

اللغة التعبيرية قد لا يكون مصحوبا بالضرورة بعيوب فى اللغة المستقبلة . لعل من أوضح الإضطرابات فى اللغة الأنواع التالية : —

١ – عيوب دلالات الألفاظ

الطفل المعوق فى اللغة يمكن أن يظهر عيوبا فى الثروة اللفظية المستقبلة أو التعبيرية . كذلك قد تبدو على الطفل بعض أشكال القصور أو الضعف فى فهم العلاقات بين الألفاظ ، أو فى استخدام هذه الألفاظ فى فهم المتضادات ، والمترادفات وفئات المفاهيم كالأغذية أو الملابس أو الألوان ، أو قصور فى استخدام الكلمات ذاتها . تعتبر المشكلات من هذا النوع عيوبا فى نظام دلالات الألفاظ ، أى المشكلات اللغوية التى ترتبط بالمعانى .

٢ – العيوب التركيبة البنائية

تتضمن أشكال القصور فى النظم التركيبة اللغوية مشكلات فى ترتيب الكلمات أو فى فهم واستخدام الأنماط المختلفة من الجمل . من أمثلة هذه العيوب البنائية استخدام جمل قصيرة غير تامة من جانب طفل يبلغ الرابعة من العمر أو

يـــزيد ، أو وضع الكلمة فى الترتيب غير الصحيح لها فى بناء الجملـــة . كذلـــك قـــد يظهر الطفل صعوبة فى فهم الجمل التى تصـــاغ فـــى شـكل أسئلة ، أو الجمل المنفية ، أو الجمل التى تتضمن قواعد لا يكون الطفل قد اكتسبها بعد . بطبيعة لحال ، يجـــب وضع العمر النمائى فى الاعتبار عند تحديد ما إذا كانت أخطاء قواعد اللغة تعتبر شيئا غير عادى بالنسبة لطفل ما .

٣ – عيوب النظام المورفولوجي الصرفي :.

تشـــمل عـــيوب الـــنظام المورفولوجى مشكلات فهم أو اســـتخدام العلامـــات المختلفة للتشكيل أو الصرف فى الأسماء والأفعـــال والصفات وما إلى ذلك . فى مثل هذه الحالة قد يفشل الطفـــل فى استخدام العلامات المطلوبة ، أو قد يستخدم علامات خاطئة فى بناء الجمل .

٤ – عيوب النظام الصوتي :.

يـــبدو أن عيوب النظام الصوتى اقل شيوعا من الأنواع الأخرى لاضطرابات اللغة . تتضمن عيوب النظام الصوتى عادة الـــنمو القاصـــر فى نظام الصوت مما يجعل مخزون الطفل من الأصـــوات محدودا . فى مثل هذه الحالة يتكون لدى الطفل عدد

محـــدود من الأصوات من بين الأصوات المختلفة التى يتطلبها الاســـتخدام اللغوى الصحيح كأصوات بعض الحروف المتحركة وبعـــض المقاطع الساكنة المتناثرة . فى حالات أخرى قد تكون لـــدى الطفـــل الـــذى يعـــانى من عيوب النظام الصوتى جميع الأصـــوات الـــتى تتطلبها اللغة ، إلا أنه يستخدم هذه الأصوات بطرق غير ملائمة .

٥ – عيوب فى الاستخدام رفيع المستوى للغة :-

قـــد تنعكس إضطرابات اللغة عند الأطفال فى أشكال من الضعف أو القصور فى استخدام اللغة فى العمليات العقلية العليا وحـــل المشـــكلات . علـــى ســـبيل المثال ، يجد هؤلاء الأطفال صعوبة فى وصف الأشياء أو تقسيمها إلى فئات ، أو فى شرح اوجـــه الشبه والاختلاف ، أو علاقات السبب والنتيجة ، أو فى استخلاص الآثار والنتائج . تظهر هذه العيوب بشكل واضح فى الأداء فى استخلاص الآثار والنتائج . تظهر هذه العيوب بشكل واضح فى الأداء الضعيف من جانب هؤلاء الأطفال فى الأنشطة الـــتى تتضـــمن سرد القصص ، ويظهرون تخلفا فى المعلومات التى يكون من المتوقع معرفتهم لها بحكم أعمارهم .

قد تظهر المشكلات المختلفة سابقة الذكر بشكل منفرد أو فـــى هيئة تجميعات مختلفة من كل هذه المشكلات أو بعضها ، كمـــا أنهـــا قـــد تكـــون مشكلات خفيفة أو حادة . عندما تكون المشـــكلات مـــن الـــنوع الحاد فأنها تجعل التواصل الشخصى والتحصـــيل الأكاديمـــي بالغـــة الصعوبة بالنسبة للطفل . هذه المشـــكلات نادرا ما توجد بشكل منعزل إذ تكون مصحوبة عادة بمشـــكلات ســـلوكية وعـــيوب إدراكـــية وصعوبات فى التعليم المدرسى .

الأساليب التشخيصية لاضطرابات اللغة

عندما يوجد شك فى أن طفلا ما يعانى من اضطراب فى اللغة ، فإن التقييم التشخيصى للحالة يتضمن استخدام اختبارات موضـــوعية وأخـــرى ذاتية لتقييم مهارات الطفل فى استيعاب الألفـــاظ واســـتخدامها ، والتركيبات اللغوية ، وقواعد التشكيل والصـــرف ، بالإضـــافة إلـــى الاستخدام الكلى للغة فى مواقف التواصـــل الشخصى ومواقف حل المشكلات . لما كان لا يوجد اختـــبار واحـــد يمكن أن يوفر جميع البيانات المطلوبة ، يصبح من الضرورى فى هذه الحالة استخدام بطاريات من الاختبارات

الــتى تضم عددا من الاختبارات المتنوعة لتقدير جميع مظاهر الأداء الوظيفى اللغوى عند الطفل .

لأساليب قياس المهارات اللغوية بالطرق الذاتية أهميتها أيضـــا فـــى تحديـــد قدرات الطفل ومهاراته اللغوية ، ونواحى القصـــور والضـــعف فـــى هذه المهارات بصفة خاصة . يقول لـــى ١٩٧٤ ، أن تحلـــيل عينة من اللغة التى تصدر تلقائيا من الطفـــل يمكـــن أن يزودنا ببعض المعلومات المفيدة فى تخطيط الـــبرنامج العلاجـــى . عـــن طريق التعرف على الاستخدامات اللغويـــة عـــند الطفـــل ، ومقارنـــة ذلـــك بالبيانات المعيارية المـــتوافرة ، يمكن تحديد محتوى البرنامج العلاجى فى اللغة ، بمعـــنى آخر تحديد المظاهر الخاصة من اللغة التى يجب التأكيد عليها فى البرنامج العلاجى .

الأساليب العلاجية لاضطرابات اللغة

بالإضـــافة إلى المقترحات العامة التى يجدها القارئ فى عديـــد مـــن الكتـــب لتحسين لغة الأطفال ، تم تطوير عدد من الـــبرامج ذات الطبيعة الخاصة . نذكر من هذه البرامج ــ على سبيل المثال لا الحصر ــ ما نشره بانجز ١٩٦٨ كمرشد لمنهج

تعلـيم اللغــة الذى يعتبر مفيدا فى التخطيط لبرامج تعليم اللغة للأطفــال فى سن ما قبل المدرسة . كذلك وضع كل من جراى وريــان ١٩٧٣ مدخلا مبرمجا لتعليم قواعد اللغة ، يستخدم فى الوقــت الحاضــر فى معهد السمع والكلام فى ولاية كاليفورنيا بالولايات المتحدة الأمريكية .

مــن ناحــية أخرى ، وضعت برامج متعددة لتعليم اللغة على أساس اختبار الينوى للقدرات النفسية ـ اللغوية تم تطوير هــذا البرنامج بهدف تحسين استخدام اللغة والمهارات المتصلة بهــا وخاصــة تلــك المهــارات التى يقيسها الاختبار المذكور كيرك ١٩٧١ .

الــبرنامج الذى وضعه لى واخرون (١٩٧٥) يقوم على تعلـيم الــثروة اللفظية وقواعد اللغة للأطفال الذين يعانون من إضــطرابات فــى اللغــة مــن خــلال سرد القصص والأنشطة الجماعية .

كذلك تتضمن برامج التدريب على اللغة التى صممت فى الأصــل للأطفــال المتخلفين عقليا ميلر ١٩٧٢ والتى وضعت للأطفــال المهملين اجتماعيا سميث ١٩٦٦ ، كثيرا من عناصر

الاستشـــارة للنمو اللغوى تصلح للأطفال الذين لا تنطبق عليهم تعاريف التخلف العقلى أو الإهمال الاجتماعى .

علـــى الـــرغم من أن أسلوب التقليد يستخدم فى بعض أنشـــطة الـــبرامج العلاجية الموجهة توجيها لغويا فإن بعض الأساليب الأخرى مثل أسلوب التوسع وأسلوب النمذجة تستخدم أيضـــا فى تعليم الأطفال القواعد اللغوية المتزايدة فى الصعوبة ليونارد ١٩٧٣ .

فـــى إطـــار أسلوب التوسع يأخذ الطفل بزمام المبادأة ، ويقـــوم المعـــالج بـــتكرار الجمل الناقصة التى يتلفظ بها الطفل ويضـــيف إلـــيها الكلمـــات الناقصة والتشكيلات الخاطئة بهدف توســـيع مـــا يـــتلفظ به الطفل إلى الحد الذى يكون منه جملة مفيدة .

أمـــا فـــى أســـلوب الـــنمذجة فيأخذ الطفل أيضا بزمام المبادأة ، إلا أنه فى هذه الطريقة يقوم المعالج بالتعليق على ما قالـــه الطفـــل ومن ثم يتيح تحسنا فى دلالات الألفاظ اكثر منه تحسنا فى البناء اللغوى .

قـد يحـتوى أى بـرنامج لعلاج إضطرابات اللغة أيضا أنشـطة لتحسـين جوانـب الضـعف فى الإدراك السمعى عند الطفـل ، أو اسـتخدام اللغـة فـى القيام بواجبات تتضمن حل المشكلات عندما يكون ذلك ضروريا

التأكيد على عمل الفريق

بغـض النظر عن الأساليب والطرق المعينة التى يفضل الأخصائي الإكلينيكي استخدامها ، فان برنامج علاج اللغة يجب أن يكون مبنيا على قدرات الطفل كفرد ، وعلى نواحى قصوره إذا أريـد لهـذه الأساليب العلاجية إن تكون فعالة ومؤثرة . قد تكـون لدى الطفل الذى يعانى من اضطراب فى اللغة مشكلات أخـرى فى القراءة أو فى غيرها من المواد التعليمية ، وربما أيضـا مشكلات فى المهارات الادراكية أو المظاهر السلوكية . تعـدد هذه المظاهر من الاضطراب يؤدى فى كثير من الأحيان لان يكون الطفل مشتركا فى عدد من البرامج الخاصة فى وقت واحد . فى مثل هذه الحالات يعمل الأخصائيون ومدرسو الفصل متعاونين لتخطيط برنامج علاجى وتعليمى متكامل للطفل .

علـــى ســـبيل المـــثال ، فان مدرس الفصل ، وأخصائي عيوب النطق ، ومعلم البرنامج العلاجى فى القراءة ، والمرشد النفسى ، والأخصائي النفسى أو أخصائي التوجيه المهنى ، قد يكونوا جميعا أعضاء فى الفريق التعليمى للطفل .

بطبيعة الحال ، يفضل إن تتم التعديلات فى إطار الفصل الدراسى العادى للطفل بحيث يمكن تحقيق التحسن دون الحاجة إلـــى وضـــع الطفل فى فصول خاصة أو برامج علاجية منعزلة كلمـــا كـــان ذلـــك ممكنا . وعندما يكون مثل هذا الأسلوب من الصعب تنفيذه تبذل الجهود لتقديم الخدمات الخاصة أثناء اليوم المدرســـى العـــادى مما يتيح الفرصة أمام الطفل لقضاء أطول وقت ممكن فى الفصل العادى .

لمـــا كان الهدف من جميع البرامج العلاجية هو مساعدة الطفل على تحقيق أقصى ما تسمح به إمكانياته بأسرع ما يمكن وبأكـــبر قـــدر من الفعالية ، يصبح العمل فى إطار الفريق الذى يضـــم جميع الأخصائيين المهنيين الذين يحتاج إليهم البرنامج العلاجى ضرورة لا غنى عنها .

علاقة عيوب الكلام واللغة بالإعاقات الأخرى

عند مناقشة الصعوبات الخاصة فى التعليم الفصل الثانى أشرنا إلى أن القصور أو الضعف فى عمليات التواصل يمكن إن يشـــمل الــنطق أو اللغة أو القراءة أو الكتابة أو الهجاء . فى بعض الأحيان ترتبط صعوبة التعلم فى إحدى الوظائف بالتخلف فى مجالات أخرى ، وفى حالات أخرى تكون صعوبة التعلم ذات طبـيعة خاصة تقتصر على مجال واحد فقط . من الأشياء التى تثـير اهتمام الباحثين سؤال يرتبط بالعلاقة بين صعوبة الكلام والمظاهر الأخرى للنمو .

لمــا كان الطفل الذى يعانى من صعوبة النطق يمكن أن يوجــد فى أي فئة من فئات الأطفال غير العادين ، أو حتى بين الأطفــال العاديين ، فان هذا الطفل يمكن أن يكون مرتفع الذكاء أو مــنخفض الذكــاء ، قد يكون معوقا بشكل حاد فى المهارات الحركية أو قد يكون متمتعا بدرجة جيدة من التنسيق الحركى ، قد يسمع بدرجة عالية أو قد يعانى من صعوبة فى السمع ، قد يتمــتع بدرجــة عالية من التوافق الانفعالي والاجتماعى أو قد يكون مضطربا انفعاليا ، قد يتمتع بدرجة عالية من الأبصار أو

قــد يكــون كفيفا ، قد يتمتع ببناء جسمى جيدا أو قد يعانى من إعاقات متعددة ، قد يكون متمتعا بدرجة عالية من النشاط أو قد يكون خاملا ، وقد يأتى من أسرة عالية المستوى أو من أسرة فقيرة .

توجــد صعوبات النطق بصورة اكثر شيوعا عند الأطفال المصــابين بالشــلل المخى ، والأطفال الصم وضعاف السمع ، وبيــن الأطفــال المتخلفيــن عقلــيا . بالإضافة إلى ذلك ، فان الأطفــال العاديين فى جميع الخصائص الأخرى قد تكون لديهم أحيانا صعوبات فى النطق كإعاقة فريدة .

لــم تتضــح العلاقة المباشرة بين صعوبات النطق وبين القصــور فــى التحصــيل الدراسى بشكل كامل حتى الان . فى اســتعراض للدراســات المــتعلقة بصــعوبات النطق والقراءة اســتخلص ارتلى انه يبدو أن هناك علاقة بين صعوبات النطق والقصــور فــى القــراءة ، إلا انــه لا يوجد اتفاق بين نتائج الدراسات حول درجة هذه العلاقة بين المتغيرين .

بوجه عام ، تشير الدراسات إلى أن عيوب النطق يمكن إن تكـون سـببا فـي القصـور في القراءة ، أو تكون نتيجة للقصور في القراءة ، أو أن المظهرين .
يوجدان نتيجة لعامل مشترك .

يعـتقد ويفر وآخرون ١٩٦٠ أن البحوث والدراسات لم تظهـر عـاملا واحدا يمكن اعتباره مسؤولا عن كل من النطق الصحيح والقراءة الجيدة . إلا أن هؤلاء الباحثين يعتقدون بأنه إذا وجدت علاقة سببية بين النطق الردئ والقراءة السيئة يمكن تفسير هذه العلاقة بإحدى الطرق الآتية : ــ

١ – أن العـادات السـيئة فـي الـنطق قـد تعمم إلى القراءة الصامتة .

٢ – إن القـارئ قد يهمل المعنى نظرا لاهتمامه وتركيزه على النطق .

٣ – أن صعوبات النطق يمكن أن تنعكس على معدل القراءة .

٤ – أن صـعوبات الـنطق والتشكيل يمكن أن ينتج عنها سوء فهم للمعاني .

٥ – أن صعوبات النطق قد تجعل القراءة من الأمور غير المحببة مما يترتب عليه انخفاض الممارسة .

مقدمة

حالات الأطفال غير العادين التى نتناولها بالشرح والتفصيل فى هذا الفصل هى حالات الأطفال المصابين بعجز جسمى عدا المعوقين سمعيا أو بصريا ، والأطفال الذين يعانون من مشكلات صحية تؤثر على الأداء الوظيفى العادى فى إطار العمل التعليمى المدرسى .

بطبيعة الحال ، هؤلاء الأطفال يكونون مجموعات غير متجانسة تضم درجات متفاوتة من العجز أو القصور ، تعتبر كل منها مشكلة فريدة فى ذاتها وتؤدى إلى الحد من درجة فعالية الطفل فى الوفاء بالتوقعات التحصيلية ، والاجتماعية ، والانفعالية التى تضعها المدرسة أو التى يضعها المجتمع بوجه عام .

تعرض تصنيف هذه المجموعات من الأطفال غير العادين إلى تغيرات مستمرة وسريعة . يرجع هذا التغير إلى التطورات التى شهدها علم الطب ، وتوفر الخدمات الطبية ، والوعى المتزايد بالحاجات الصحية والانفعالية للأطفال ، وتغير الاتجاهات

الاجتماعية نحو الظروف المعوقة ، والجهود التى لم تنقطع من جانب المربين لتوفير خدمات تعليمية لجميع الأطفال مهما بلغت انحرافاتهم عن المعايير العادية .

كانت فصول المعوقين جسميا فيما مضى تضم بشكل أساسي الأطفال الذين يعانون من مشكلات فى الحركة ، أو مشكلات فى المهارات اليدوية . أما فى الوقت الحاضر فإن الغالبية العظمى من الأطفال الذين نجدهم فى الفصول الخاصة بالمعوقين جسميا أطفال يعانون من مشكلات فى التنسيق والإدراك والقدرات المعرفية ، بالإضافة إلى مشكلات الحركة . تنتج هذه الحالات عن قصور فى النمو الصحيح للجهاز العصبى المركزى أو إصابة هذه الجهاز بشكل ما من التلف .

عندما كانت المشكلة الرئيسية لمثل هؤلاء الأطفال هى مشكلة الحركة ، كان دور المربى ينحصر فى نزع المعوقات التى تمنع من مشاركة الأطفال المعوقين جسميا فى الأنشطة التعليمية أو التى تحد من هذه المشاركة . فى مثل هذه الحالة كان يمكن تعليم الأطفال المعوقين جسميا بنفس الطرق المستخدمة مع غيرهم من الأطفال العاديين فى إطار الفصل الدراسى العادى .

فـــى الوقت الحاضر ، فإن المعلم لا بد أن يكون معدا ليس فقط لـــتعديل المتغيرات البيئية المادية فى الفصل الدراسى من حيث المكـــان ، والإضـــاءة ، والأثاث ، والأدوات ، بل اكثر من ذلك يجـــب أن يكـــون معـــدا للتعرف على مشكلات التعلم ومشكلات الـــتوافق لـــدى الأطفـــال المعوقين جسميا والمرضى بأمراض مزمنة . كذلك ، من الضرورى أن يكون المعلم قادرا على تقييم هـــذه المشـــكلات ، وملمـــا بالأســـاليب العلاجـــية الملائمـــة لمواجهتها .

هـــذا الفصـــل ـــ أذن ـــ يهتم بالآثار والنتائج التى تترتب على العجـــز الجســـمى أو الصـــحى الـــذى يمكن أن يصيب الأطفال بدرجات متفاوتة تتراوح من العجز البسيط إلى العجز الشديد . قـــد تتطلـــب بعض هذه الأنواع من العجز قدرا كبيرا من الوقت والاهـــتمام من جانب الوالدين ، علاوة على أن النفقات الباهظة اللازمـــة لتأميـــن الخدمات الطبية الضرورية للطفل ، يمكن أن تمثل عبئا إضافيا على الأسرة مما يؤدى إلى زيادة حدة التوتر فـــى الجـــو الأســـرى . يضاف إلى ذلك ما يواجه أباء وأمهات الأطفـــال غـــير العاديين فى كثير من الأحيان من واجب صعب

يكمـــن فـــى مســـايرة المشاعر المرتبطة بإحساسهم باختلاف أبنائهم عن غيرهم من الأطفال . كذلك فإن الجهود الإضافية من جانــب المســـؤولين عـــن العملـــية التعليمية لتفهم مثل هؤلاء الأطفـــال ، والـــتعرف علـــى انسب الطرق للتعامل معهم ومع أســـرهم ، تعتبر أمورا لا غنى عنها . فى بعض الأحيان يكون لـــزاما علـــى الطفـــل نفســـه ، وعلـــى أفـــراد أسرته ، وعلى المســـؤولين عـــن العملية التعليمية ، تقبل حقيقة هامة هى أن بعـــض إصابات العجز الجسمى أو المرض المزمن تعتبر حالات دائمة ، أو أنها ربما تهدد حياة الطفل .

يمـــثل الأطفال المصابون بالعجز الجسمى أو الصحى تحديا من نـــوع فـــريد سواء للمعلمين أو لبعض المهنيين الآخرين ممن يتصـــل عملهم بشكل أو بآخر بالحالة الصحية لهؤلاء الأطفال . يـــدرك المعلـــم أن الخدمـــات التعليمية التى يقدمها لمثل هؤلاء الأطفـــال تـــتم فى ضوء احتمالات تغيبهم المتكرر عن المدرسة نظـــرا لما يحتاجونه من البقاء لفترات قد تطول وقد تقتصر فى المستشفى أو المركز العلاجى المتخصص .

يكون الطفل مصابا بحالة من العجز الجسمى أو الصحى عندما تبلغ مشكلاته الصحية درجة تحد من نشاطه وحيويته مما يؤثر تأثيرا واضحا على أدائه التعليمى . وطبقا لدرجة خطورة الحالة يــتأثر أيضا وضع الطفل الاجتماعى والانفعالى . تنتج مثل هذه الاضطرابات عن مجموعة متنوعة من الأسباب فى مقدمتها ما يأتى : ـــ

١ – الأمراض مثل الدرن أو شلل الأطفال .

٢ – أشــكال الشــذوذ الولادى ، أى العيوب الخلقية مثل شق الحلــق والشفاة ، أو نقصان أحد الأطراف أو أجزاء أخرى من الجسم .

٣ – مضـــاعفات تحــدث قبل الميلاد أو بعد الميلاد سواء كانت معروفة أو مجهولة كما يتمثل فى حالات الشلل المخى ونوبات الصرع .

٤ – بعــض الاضــطرابات فى أجهزة الجسم كما هو الحال فى اضطرابات الجهاز القلبى الوعائى روماتزم القلب ، واضطرابات الجهاز الغدى السكر .

واضح من الأسباب السابقة للعجز الجسمى أو الصحى أن بعض الاضـطرابات تـرجع إلـى إعاقـات نيرولوجية تصيب الجهاز العصـبى المركـزى ، فى حين أن بعض الاضطرابات الأخرى تـرجع إلـى خلل فى الأداء الوظيفى لبعض أجهزة الجسم مما يتسـبب عنه إصابة الطفل بمرض مزمن . فما يلى نتاول أولا الإعاقات النيرولوجية وبعدها ننتقل إلى دراسة بعض الأمراض المزمنة .

أولا : ـ الاضطرابات النيرولوجية

الأطفـال المعوقـون من الناحية النيرولوجية هم أولئك الأطفال الذيـن تـرجع حالـة الإعاقة لديهم إلى عدم اكتمال النمو فى الجهـاز العصـبى المركـزى أو إصـابة هذا الجهاز بنوع من الـتلف . يعتـبر المـخ مركـز الضبط والتحكم بالنسبة لجسم الإنسـان . عندما يصاب المخ بشكل أو بآخر ، لا بد أن تحدث إضـرار للوظـائف الجسمية والانفعالية والعقلية للكائن الحى . هـذه الإضـرار التى يمكن أن تحدث ربما تتعدد وتختلف بتعدد واختلاف أعصاب المخ وخلاياه .

مـــنذ قرون مضت والعلماء يحاولون الكشف عن أسرار التعقيد فـــى الجهاز العصبى المركزى . كان الاعتقاد السائد فيما مضى هـــو أن مخ الإنسان يؤدى وظائفه كعضو واحد ، كالكبد مثلا . بعـــد ذلـــك ، ســـاد اعتقاد بأن الأجزاء المختلفة من المخ تقوم بوظائف منفصلة عن بعضها بعضا . لم يدرك العلماء إلا حديثا وجـــود أداء وظـــيفى متكامل للجهاز العصبى المركزى ، وفى نفـــس الوقـــت فـــإن للأجـــزاء المخـــتلفة فـــى المخ وظائفها المتخصصة أيضا . كل من النظريات التى تدعو إلى الفعل الكلى بمعـــنى أن المـــخ يؤدى وظائفه ككل ، والنظريات الداعية إلى الأداء الموضعى بمعنى أن الوظائف المعينة تتمركز فى مناطق متخصصـــة فـــى المخ ؛ تعتبر مقبولة الان من جانب كثير من العلماء .

لم يتمكن العلماء حتى الان من تحديد المواضع الدقيقة لوظائف الجهـــاز العصبى المركزى بدرجة تسمح بشرح وتفسير جميع أشكال السلوك على هذا الأساس . ما هو متوفر بين أيدينا حتى الان لا يـــتعدى معـــرفة جزئـــية عـــن علاقة الجهاز العصبى المركـــزى بالســـلوك والقـــدرات الخاصة . يمثل الشكل التالى

محـــاولات العلماء لتحديد مواضع بعض الوظائف المختلفة فى المخ ، وتعتبر هذه المحاولات خلاصة كل من البحوث التجريبية والاستنتاجات النظرية فى هذا المجال .

١ – الفص الأمامي : يتضمن مراكز الكلام والكتابة والأفكار .

٢ – الفص الجانبى : يضم المراكز الحسية والحركية

٣ – الفص المؤخرى : يحتوى على مركز الأبصار

٤ – الفص الصدغى : يتضمن مراكز السمع والتذاكر

٥ – المخيخ : يقوم بدور أساسي فى التازر واتزان الجسم

٦ – الـــنخاع الشـــوكى : يضـــم مســـارات الأنشـــطة الحسية و الحركية .

تمكـــن كل من راسميوسن وبنفيلد ١٩٥٢ من خلال الاستشارة الكهربائـــية للمناطق المختلفة فى المخ – فى حالة اليقظة عند الإنســـان – مـــن إنـــتاج حركات عضلية للأجزاء المختلفة من الجسم . بالإضافة إلى ذلك ، فإن استشارة مركز السمع أيقظت ســـماع الأصوات ، واستشارة مركز الأبصار أيقظت الإحساس بالألوان والأشكال والعمليات البصرية الأخرى .

كان من نتائج هذه الدراسات والدراسات الأخرى فى هذا المجال تقسيم المخ إلى مناطق ــ كما هو موضح فى الشكل السابق ــ بقصد تحديد المراكز التى تعتبر مسؤولة عن الوظائف الجسمية والعقلية المعينة .

بطبــيعة الحال ، فإن عدم اكتمال المخ ، أو إصابة المخ بنوع مــن الــتلف ينتج عنها أشكال مختلفة من العجز أو القصور . تتضــمن أنــواع العجــز النــيرولوجى الأساسية الشلل المخى والصـــرع وعــدم التــئام الصلب وبعض الإصابات الأخرى فى المــخ . علــى أن اكثر أنواع الاضطرابات النيرولوجية شيوعا هــى الشـــلل المخى ونوبات الصرع ولذلك سوف نتناول هذين النوعيــن مـــن الإضـــطراب بشـــئ من التفصيل فى الصفحات التالية .

١ - الشلل المخى

يشير الشلل المخى إلى نوع من العجز الحركى ينتج عن إصابة المـــخ بنوع من التلف . بطبيعة الحال ، توجد أنواع أخرى من الشـــلل لا ترجع إلى إصابة المخ . من هذه الأنواع الشلل الذى يصـــيب العمـــود الفقـــرى الـــناتج عن التهاب النخاع الشوكى

الســنجابى ، أو الشــلل الذى يصيب الأطراف من النوع الذى نلاحظه فى التلف العضلى .

تجــدر الإشارة إلى أن تلف المخ الذى ينتج عنه العجز الحركى الــذى يطلــق علــيه الشلل المخى يمكن أن يترتب عليه أيضا اضطرابات فى النطق ، أو الكتابة أو غير ذلك من اضطرابات .

من ناحية أخرى ، فإن الاضطرابات التى تصيب المخ يمكن أن ينــتج عــنها اضطرابات سيكولوجية ، دون أن يؤثر ذلك على القدرة الحركية للفرد .

يطلــق على الشلل أو العجز العصبى ــ الحركى الناتج عن خلل عضوى فى مراكز ضبط الحركة فى المخ مصطلح الشلل المخى

تشــير كلمة شلل فى هذا المصطلح إلى أى ضعف أو نقص فى القــدرة على الضبط والتحكم فى العضلات الإرادية يكون ناتجا عن إضطراب أو خلل فى الجهاز العصبى .

تعــريف الشــلل المخى ــ أذن ــ يتضمن ليس فقط المكونات النيرولوجــية الحركــية ، بــل أيضــا أشكال أخرى عديدة من القصــور العقلــى أو الســيكولوجى فــى الإدراك ، والــتعلم ، والانفعالات ، والنطق .

تجـدر الإشـارة إلى أن الغالبية العظمى من الأطفال المصابين بالشلل المخى يعانون من إعاقات إضافية فى الأبصار أو السمع أو النطق ، وبعض الإعاقات الادراكية أو السلوكية أيضا . على المـدى البعيد قد يكون علاج أو تحسين الإعاقة الإضافية على نفـس الدرجـة من أهمية علاجة الإعاقة النيرولوجية الحركية الأصلية .

يكـون الإضـطراب النـيرولوجى ـ الحركى مسؤولية الطبيب المخـتص فى المقام الأول ، فى حين أن الاضطرابات السلوكية المرتـبطة بالاضـطراب النـيرولوجى مسـؤولية الأخصائيين المهنييـن : الاجـتماعى والتربويين والسيكولوجيين وأخصائي علاج عيوب النطق والكلام .

يـنظر الكثـيرون إلـى الشلل المخى ليس على أنه مرض من الأمـراض ، بـل على أنه حالة تتميز بمجموعة من الأعراض المـتلازمة . هـذا يعـنى أنه على الرغم من أن الشلل المخى يخـتلف عن الأمراض الأخرى كالسرطان أو الدرن ، فإن تلازم الأعراض يمكن أن يميز الحالة ويعطيها أوصافا تكون ثابتة فى بعض الطرق والأشكال .

يترتب على ذلك أنه عند وصف حالة الشلل المخى يحتاج فريق التشـخيص لان يحدد بعض المظاهر من بينها : الحالة العامة الشـلل المخـى وأجزاء الجسم التى تأثرت بالإصابة ، ودرجة الإصـابة خفـيفة أو حـادة ، وأشكال العجز المرتبطة بالشلل المخى سواء فى الأبصار أو السمع أو الذكاء أو النطق ... المخ تخـتلف الأعراض الإكلينيكية للشلل المخى باختلاف الجزء أو الأجـزاء فى المخ التى أصابها التلف ، وتتضمن هذه الأغراض إصابة بعض أجزاء الجسم على النحو التالى : ـ

١ – فـى الحالـة المسماة الشلل المنفرد يكون طرفا واحدا فى الجسم هو الذى تأثر بالإصابة

٢ – فـى الحالة التى يطلق عليها شلل جانب واحد يكون جانب واحـد مـن الجسـم هـو الذى تأثر بالإصابة ، أى أن الذراع والساق فى جانب واحد هما المتأثران بالإصابة .

٣ – أما فى الحالة التى يطلق عليها الشلل الثلاثى فإن الإصابة تشمل ثلاثة أطراف تكون عادة الساقين واحد الذراعين .

٤ – فـى الحالة المسماة الشلل النصفى السفلى تحدث الإصابة فى الساقين فقط .

٥ – فـــى حالـــة شلل الجانبين تتأثر الأطراف الأربعة ، إلا أن الإصابة فى الساقين تكون بدرجة اشد من الذراعين .

٦ – أما فى حالة الشلل المزدوج فتتأثر الأطراف الأربعة إلا أن الإصـــابة فـــى أحد جانبى الجسم تكون بدرجة اشد من الجابن الآخر .

أنواع الشلل المخى

توجد حالة الشلل المخى عند الأطفال بأنواع مختلفة ، ويصاحب كـــل نـــوع منها مجموعة من الأعراض المميزة . هذه الأنواع هى : –

١ – الشلل المخى التشنجى : فى هذا النوع تكون العضلات فى الأطـــراف الأربعـــة ذات طبـــيعة مقاومة مع وجود اختلاف فى الـــتقلص الالتوائى للأطراف العليا فى مقابل الأطراف السفلى . تصـــيب هـــذه الحالـــة جانبا واحدا فى الجسم . عادة يمثل هذا النوع التشنجى ما بين ٥٠ % إلى ٦٠ % من الحالات .

٢ – الشـــلل المخى الكنعانى : يترتب على هذا النوع من الشلل المخى درجة من العجز اكبر مما يحتوى عليه النوع التشنجى . تبدو مظاهر الشلل المخى الكنعانى واضحة من بعض الأعراض

منها : الاهتزاز المستمر ، والحركة غير المعتدلة ، وسيلان اللعاب ، والتواء الوجه ، وعدم اتزان وضع الرأس والرقبة والكتفين ، والتقلصات اللاإرادية فى العضلات التى تنتج عن درجة واضحة من عدم القدرة على التنسيق العضلى ـ الحركى .

الشلل المخى التخلجى : ينعكس النوع التخلجى من الشلل المخى فى شكل حركات غير متناسقة ، وعدم القدرة على حفظ التوازن ، وصعوبة فى التوجيه الحركى المكانى .

٤ – الشلل المخى التيبسى : يعتبر هذا النوع من الشلل المخى بالغ الحدة ويتميز بالتوتر المستمر عند محاولة تحريك الأطراف . ونظرا لعدم توفر المرونة اللازمة فى العضلات ، يجد المصاب صعوبة بالغة فى المشى أو أى نوع آخر من أنواع الحركة .

الشلل المخى الارتعاشى : تظهر فى هذا النوع من الشلل المخى أشكال مختلفة من الارتعاش . هذا الارتعاش قد يكون شديد أو خفيفا ، كما قد يكون سريعا أو بطيئا . إلا أن الارتعاش يكون

عـــادة قاصرا على مجموعات معينة من العضلات ، ويبدو على وتيرة واحدة ، ويكون لا إراديا تماما .

٦ – الشـــلل المخـــى الاسترخائى : يشير هذا النوع من الشلل المخـــى إلى الأداء الوظيفى المترهل للعضلات ، ومن ثم يصبح التنسيق الحركى من الأمور المستحيلة .

كثـــير من حالات الشلل المخى لا تكون قاصرة على نوع واحد مـــن الأنـــواع الســـابقة ، بـــل تتضـــمن تجميعات من الأنواع المخـــتلفة . كمـــا أن درجـــة حدة الإصابة تتراوح من القصور الخفـــيف نســـبيا إلـــى النقصان التام للحركة الموجهة . بوجه عـــام ، يمكن القول بأن الخلل الذى يحدث فى السنوات النمائية المبكرة للجهاز العصبى المركزى فيما يتعلق بالتنسيق الحركى هو ما يطلق عليه عادة الشلل المخى .

هذه الحالات من الشلل المخى ترجع إلى مجموعة من الأسباب يأتى فى مقدمتها : ـــ

١ – المضـــاعفات التى تحدث أثناء الحمل مثل : عدم مسايرة فصـــائل الدم والحصبة الألمانية ، والأمراض الحموية الأخرى عند آلام ، والمواد السامة فى دم ألام .

٢ – المضــاعفات الــتى تحــدث أثــناء الميلاد مثل : الولادة المتعــثرة ، والــولادة التى تستغرق وقتا يزيد كثيرا عن الوقت المعتاد .

٣ – المضــاعفات التى تحدث بعد الميلاد فى السنوات المبكرة الأولــى مــن حــياة الطفــل مثل : التهاب الدماغ ، والالتهاب السحائى .

هــذا / وتصاحب صعوبات ضبط الحركة عند الأطفال المصابين بالشــلل المخى مظاهر أخرى من العجز أو القصور تؤثر تأثيرا مباشــرا علــى قــدرة الطفل على التعلم . قد توجد أشكال من القصور العقلى ، أو إصابة فى السمع ، أو فى الإبصار ، أو فى القــدرة علــى النطق والكلام . وفيما يلى نتناول هذه الإعاقات الإضافية بشئ من التفصيل .

الإعاقات الإضافية المرتبطة بالشلل المخى

الــتلف المخــى الوظيفى الذى ينتج عنه الشلل المخى يمكن أن يسبب أشكالا أخرى متنوعة من الإعاقات سواء بشكل فردى أو فــى صــورة مــتجمعة كمــا هــو الحــال فــى أشكال العجز النــيرولوجى ــ الحركى حيث يمكن أن يؤثر الشلل المخى على

أحـــد الذراعيـــن ، أو أحد الذراعين واحد الساقين ، أو كل من الذراعيـــن والســـاقين ، فـــإن التلف المخى الوظيفى قد يسبب انحـــرافا فـــى الوظـــائف الســـيكولوجية بشكل منفرد ، أو فى مجموعـــة مـــن الوظـــائف ، أو قد لا يترتب عليه أى نوع من الانحـــراف فـــى الوظائف السيكولوجية التى يمكن أن تنتج عن التلف المخى الوظيفى التخلف العقلى ، أو قصور فى الإبصار ، أو قصـــور فـــى السمع ، أو اضطرابات فى النطق ، أو إعاقة الإدراك البصرى ـــ الحركى .

التخلف العقلى

الأشـــكال المخـــتلفة لاضطرابات النطق وعدم القدرة على ضبط الحركة التى تبدو واضحة على الطفل المصاب بالشلل المخى ، كثـــيرا ما تعطى للشخص العادى انطباعا بأن هذا الطفل يعانى أيضا من تخلف عقلى . فى واقع الأمر ، فإن العلاقة بين درجة الذكاء وبين درجة الإعاقة الجسمية الناتجة عن الشلل المخى ، علاقة ضعيفة . أحد الأطفال يمكن أن تبدو عليه درجة حادة من الارتعاش ، أو تظهر عليه دلالات الحركة غير المضبوطة وغير المنسقة ، وفى نفس الوقت قد يكون طفلا متفوقا عقليا . وطفل

آخـــر قد يكون مصابا بالشلل المخى بدرجة بسيطة ربما تجعل المظاهـــر الجسمية للإصابة غير ملحوظة للآخرين ، إلا أنه قد يكون طفلا متخلفا عقليا بدرجة شديدة .

قـــام "تـــايلور"١٩٥٩ باســـتعراض مجموعة من البحوث التى تناولـــت بالدراســـة موضـــوع ذكاء الأطفال المصابين بالشلل المخـــى . بعـــض هـــذه الدراســـات استخدمت اختبارات الذكاء الفـــردية مثل اختبار ستانفرد ــ بينيه ، ومقياس وكسلر لذكاء الأطفـــال فـــى محاولـــة للتعرف على تقدير للحد الأدنى لذكاء الأطفـــال المصـــابين بالشلل المخى . بوجه عام ، لاحظ معظم الباحثيـــن أن أداء الطفـــل المصاب بالشلل المخى فى اختبارات الذكـــاء يكـــون معوقـــا نتيجة للاضطرابات الحركية وصعوبات الـــنطق الـــتى يعـــانى مـــنها . مـــع الأخذ بعين الاعتبار هذه الملاحظـــات العامة نستعرض بعض الدراسات التى أجريت فى هذا المجال .

حصـــل هومان واخرون على تقديرات لنسب ذكاء ١٠٠٣ من الأطفـــال المحوليـــن إلـــى العـــيادات الطبـــية .وجد الباحثون أن ٥٨,٨ % من الأطفال المصابين بالشلل المخى حصلوا على

نســب ذكاء اقل من ٧٠ ، فى حين أن التوزيع الاعتدالى لنسب الذكــاء يشير إلى أن ٥ % تقريبا من الأطفال ــ بوجه عام ــ تقع نسب ذكائهم فى هذه الفئة . توزيع نسب الذكاء المجموعة الــتى تضــمنتها هــذه الدراسة اظهر أيضا أن ٢٥,١ % من المجموعــة المصــابة بالشــلل المخــى تقــع نسب ذكائهم ما بيــن ٧٠ ــ ٩٠ ، وأن ١٣ % مــنهم تقــع نســب ذكائهم ما بيــن ٩٠ ــ ١١٠ ، وأن ٣,١ % فقــط تــزيد نســب ذكائهم عن ١١٠ .

فــى دراســة أخرى قام شونيل بقياس نسب ذكاء مجموعة من الأطفال المصابين بالشلل المخى تضم ٣٥٤ حالة ، وقارن هذه النسب بنسب ذكاء مجموعة من الأطفال العاديين . تشير نتائج هــذه الدراسة ــ التى أجريت فى إنجلترا ــ إلى أن ٤٥ % من مجموعــة الأطفــال المصابين بالشلل المخى تقل نسب ذكائهم عن ٧٠ .

٢ - الإعاقات البصرية

أجمعــت الدراســات الــتى أجريت على القصور البصرى عند الأطفال المصابين بالشلل المخى على أن عددا كبيرا من هؤلاء

الأطفـــال يعـــانون من إعاقات بصرية مصاحبة بالشلل المخى .

أشـــار هوبكـــنز واخرون ١٩٥٤ إلى أن نسبة بلغت ٧٢,٤ % مـــن بين ٩٣٩ حالة من الأطفال المصابين بالشلل المخى تتمتع بدرجـــة عادية من الأبصار ، فى حين أن ٢٨,٦ % من هؤلاء الأطفـــال يعانون من قصور بصرى من نوع أو آخر . من بين الأطفال المصابين بالشلل المخى ممن لديهم قصور بصرى كانت نســـبة ٤٢,٧ % من نوع الشلل المخى التخلجى و ٢٧,٣ % من النوع التشنجى ، و ٢٠,٤ % من النوع الكنعانى .

الإعاقات السمعية

من المشكلات الأخرى التى تواجه القائمين بتشخيص أو علاج حـــالات الأطفـــال المصـــابين بالشلل المخى ، ما إذا كان التلف المخـــى الوظـــيفى قد اثر على حالة السمع كما اثر على حاسة الأبصـــار . لمـــا كان السمع لا يتضمن وظائف حركية من تلك الـــتى تتضـــمنها حركة عضلات العين ، فمن المنطقى أن تكون الإعاقـــات الســـمعية لدى الأطفال المصابين بالشلل المخى اقل شـــيوعا من الإعاقات البصرية . فى الواقع أكدت نتائج البحوث المســـحية هـــذا الاســـتنتاج المنطقى حيث أظهرت أن الإعاقات

الســـمعية بيـــن الأطفال المصابين بالشلل المخى ليست شائعة كالاضطرابات البصرية .

أشار هوبكنز واخرون إلى أن نسبة ١٣,٣ % من بين ١١٢١ حالـــة من حالات الأطفال المصابين بالشلل المخى وجدت لديهم إعاقـــات ســـمعية . مـــن بين هذه المجموعة يمثل الأطفال من النوع الكنعانى نسبة ٢٢,٦ % ، فى حين أن نسبة الأطفال من النوع التشنجى بلغت ٧,٢ فقط .

وفـــى دراســـة مســـحية قـــام بهـــا فـــيش ١٩٥٥ ، وجد أن نســـبة ٢٠ % من الأطفال المصابين بالشلل المخى يعانون من إعاقات سمعية بدرجات متفاوتة .

يبدو واضحا من هذه الدراسات وامثالها أن نسبة فقدان السمع بيـــن الأطفـــال المصابين بالشلل المخى ـ وبصفة خاصة بين مجموعة النوع الكنعانى ـ أعلى من نسبة الإصابة بين الأطفال العاديين . إلا أن هذه الإصابة ليست بنفس الدرجة من الوضوح كالإصابة البصرية .

- مــن بيــن الإعاقات الإضافية التى تصاحب الشلل المخى تعتبر عــيوب الــنطق اكــثر هــذه الإعاقات شيوعا . فى مجموعة الدراسات التى أجراها هوبكنز والتى ضمت ١٢٢٤ طفلا ، وجد أن ٨٨,٧ % مــن الأطفــال المصابين بالشلل المخى من النوع الكــنعانى ، ونســبة ٨٥,٣ % من الأطفال من النوع التخلجى يعانون من اضطرابات فى النطق والكلام . فى مقابل ذلك نسبة بلغت ٥٢ % فقط من مجموعة الأطفال المصابين بالشلل المخى مــن النوع التشنجى هم الذين تم تشخيصهم على انهم يعانون من اضطرابات فى النطق .
- يشــير ديــنوف ١٩٦٠ إلــى أنــه نتــيجة للاضــطرابات النيرولوجــية ـ الحركية تظهر اضطرابات النطق لدى ٧٠ % تقريــبا من الأطفال المصابين بالشلل المخى ، وأن اضطرابات الــنطق شــائعة بين الأطفال من النوع الكنعانى اكثر مما توجد بين الأطفال من النوع التشنجى .

أحـد اضطرابات الوظائف السيكولوجية التى ترتبط بشكل شائع بالـتلف المخـى الوظيفى يتمثل فى الإضطراب الادراكى . لقد عرف الإدراك بأشكال مختلفة من جانب علماء مختلفين ، إلا أن معظـم الـتعاريف تضـم فـى عملـية الإدراك التشـكيلات الحسـية : السمعية والبصرية واللمسية وغيرها . فيما يتعلق بالأطفـال المصابين بالشلل المخى حصل الإدراك الصرى على أقصى قدر من الاهتمام والتركيز .

كـان ستراوس وليتنين ١٩٤٧ يعتقدان بأن الإدراك ما هو إلا خطوة وسيطة بين عمليتى الإحساس والتفكير . أى أن الإدراك هو إحساس اكتسب معنى محددا من خلال التفكير .

أجريـت مجموعـة كبـيرة من الدراسات بغرض معرفة أنواع المدركـات التى يمكن أن يصيبها ضرر عند الأطفال المصابين بالتلف المخى الوظيفى .

قـام كـروك شـانك واخـرون باستعراض جزء من الدراسات الواسعة فى هذا المجال ، كما قاموا ببعض التجارب فى محاولة منهم لمقارنة المشكلات الادراكية عند الأطفال المصابين بالشلل

المخـــى بمثـــيلاتها عـــند الأطفـــال العاديين . كذلك هدفت هذه الدراســـات إلـــى تحديـــد ما إذا كان الأطفال من النوع التخلجى والأطفـــال مـــن النوع التشنجى يختلفون عن بعضهم بعضا فى الاســـتجابات للواجبات الادراكية البصرية والواجبات الادراكية البصرية — الحركية . وجد هؤلاء الباحثون — بوجه عام — أن الأطفـــال مـــن مجموعتى الشلل المخى اظهروا أداء على نحو أســـوأ من الأطفال العاديين فى معظم الواجبات التى طلب منهم أداؤهـــا . وجـــد الباحثون أيضا أن أداء مجموعة الشلل المخى التشنجى كان أسوا من أداء مجموعة الشلل المخى التخلجى فى بعـــض هـــذه الواجبات . خلص الباحثون إلى نتيجة مؤداها أنه علـــى الـــرغم من أن دراستهم أظهرت وجود إعاقات أدراكية لدى الأطفال المصابين بالشلل المخى سواء من النوع التشنجى أو الـــنوع التخلجى . فإن الصورة العامة فى هذا المجال تحتاج إلى مزيد من البحث والدراسة .

الأساليب العلاجية للشلل المخى .

يعتـــبر العـــلاج الطبيعى ، أى تدريب أجزاء الجسم على القيام بـــالأداء الوظـــيفى للعضلات أحد الأساليب التى تساعد الأطفال

المصـــابين بالشـــلل المخى على ممارسة نوع من الضبط على الحركة بما يمكنهم من أداء بعض أشكال السلوك الحركى بشكل ملائم نسبيا . يعتبر التدريب على استرخاء العضلات ومرونتها لتحســـين الحـــركة ، وممارســـة نـــوع من الضبط والتحكم فى الحركات اللاإرادية من الأساليب العلاجية طويلة المدى . كذلك تســـاعد أســـاليب العـــلاج المهنى على القيام بالأنشطة اللازمة للحـــياة اليومية ، كما تساعد على القيام بأنواع الحركة اللازمة لـــبعض أنـــواع الأعمـــال المهنية . تستخدم مع هؤلاء الأطفال وســـائل التعضـــيد والـــتقوية ــ وربما العمليات الجراحية فى العضـــلات أحيانا بهدف تحقيق أشكال افضل من الحركة . كذلك تطـــبق الـــبرامج العلاجية التى تهدف إلى تعديل سلوك النشاط الـــزائد ، وضـــبط الانفعالات ، وتحقيق الاسترخاء للمجموعات العضلية .

يجـــب النظر إلى العمل على تحسين الأساليب العلاجية على أنه جهـــد مســـتمر لعل فريق الأخصائيين يهدف فى مجموعة إلى إشباع ميول الطفل واهتماماته .

يعتــبر الأطفال المصابون بالشلل المخى من اكثر فئات الأطفال غــير العاديــن تحديــا أمام الأخصائيين فى التربية الخاصة ، سواء فى البرامج التعليمية التى تقدم لهم ، أو فى تدريبهم على الحياة فى المستقبل . مثل هؤلاء الأطفال ربما يعانون ن تعدد الإعاقــات ، وعــدم القدرة على التواصل الجيد مع الآخرين ، وعــدم القــدرة على المشى ، ورغم كل ذلك قد يكونوا بعيدين تماما عن أى انحراف سلبى فى قدراتهم العقلية

الخصائص السلوكية الثانوية :

لما كان عدد كبير من المشكلات العصبية ـ العضلية التى سبق وصــفها واضــحة تماما ويمكن ملاحظتها من جانب الآخرين ، فــإن مثل هذه المشكلات تخلق مجموعة أخرى من الصعوبات للطفــل . فالمشــكلات الادراكــية ، وصعوبات إدراك المفاهيم وتميــيزها ومشــكلات التوجيه المكانى ، وعدم انتظام الكتابة وصــعوبات القــراءة ، كــل هذه المشكلات يمكن أن تصاحب أعراض الإصابة بالشلل المخى .

أمــا المظاهــر الســلوكية الأخرى التى كثيرا ما ترتبط بالشلل المخــى فأنها تتضمن الاستهداف للإصابة بالحوادث ، والتقلب

فـــى الحالـــة المزاجية ، والثبوت وقصر فترة تركيز الانتباه ، والنشاط الزائد . كذلك فإن اتجاهات الرفض من جانب الآخرين قـــد يترتـــب علـــيها ســـلوك الانسحاب والخجل والسلوك غير الناضج ، أو ميل الطفل المصاب بالشلل المخى إلى الأحجام عن الاتصال بالآخرين .

مـــن الأمور باللغة الأهمية إلا يضع المعلمون والأباء مستويات للطمـــوح أو توقعـــات عالـــية ، أو أهـــداف غير واقعية للطفل المصـــاب بالشـــلل المخى ، وبصفة خاصة فيما يتعلق بمهارات الكـــلام أو الكتابة أو المهارات الأخرى التى تتطلب درجة عالية من التنسيق العضلى الحركى .

استراتيجيات التربية الخاصة

عند القيام بتخطيط الأهداف التعليمية للأطفال المصابين بالشلل المخـــى يـــراعى التأكـــيد علـــى مدخـــل الفريق المهنى متعدد التخصصـــات . أوضـــحت نـــتائج الدراسة التى قام بها شيرزر واخرون ١٩٧٢ ، أن تحليل العوامل الطبية ، مستوى الذكاء ، والنمو الاجتماعى ، والاستقرار الأسرى للطفل المصاب بالشلل المخى غالبا ما تكون دقيقة فى التنبؤ بوضعه التعليمى وسلوكه

النمائى وبصفة خاصة فى إطار نظم التعليم العادية . فى بعض الأحيان يحتاج الطفل المصاب بالشلل المخى لان يوضع فى مؤسسة خاصة بالأطفال من هذا النوع ، بما يتيح الفرصة لتطبيق مدخل الفريق المتكامل ، واستمرارية الخبرة والممارسة من جانب عديد من المهنيين . فى أحيان أخرى قد تكون الفصول الخاصة بالأطفال المصابين بالشلل المخي فى إطار المدرسة العادية نظاما تعليميا مقبولا نظرا لما توفره مثل هذه الفصول من مزايا اقتصادية وإدارية .

التركيز على برامج التربية البدنية للأطفال المصابين بالشلل المخى الذين يتلقون تعليمهم فى فصول خاصة ضمن إطار المدرسة العادية ، من الأمور التى تلقى تشجيعا وخاصة بالنسبة للألعاب التى تتضمن مواقف للمنافسة ، يعتبر هذا النوع من التدريب البدنى جزءا مكملا للعمل الطبى للتدريب على الاستقلال وحرية الحركية الجسمية هوبرمان ١٩٧٦ .

نظرا لتعدد المشكلات الجسمية والسيكولوجية التى ترتبط بالإصابة بالشلل المخى عند الطفل ، يصبح من الأمور الحيوية تقديم الإرشاد النفسى للأسرة فى وقت مبكر من حياة الطفل

المصاب . بوجه عام ، كلما تمكن الأخصائيون من بدء برنامج مــبكر لإرشــاد الوالديــن ، كلما كان ذلك افضل لتحسين الجو الأسرى والعلاقات بين الطفل ووالديه .

مــن الخـــبرات الـــتى أثبتت فائدتها أيضا توفير مراكز للرعاية الـــنهارية للأطفـــال المصـــابين بالشـــلل المخى فى سن ما قبل المدرسة . تحتاج مثل هذه المراكز إذا وجدت ــ لان يتوفر فيها مهنيون مدربون يستطيعون تقديم الأشكال المختلفة للاستشارة المعرفـــية ، والمثيرات الملائمة للتطبيع الاجتماعى التى يكون الطفل المصاب بالشلل المخى فى أمس الحاجة إليها .

٢ – نوبات الصرع

يواجـــه الأشـــخاص المصابون بالصرع مشكلات متعددة تستمر معهم طوال حياتهم . مثل هؤلاء الأشخاص يعانون من الصراع الشـــديد الـــذى يصـــاحب مقاومـــتهم للوصمة الاجتماعية التى كانـــت ــ ولا تـــزال ــ لا صفة بهذا النوع من الإضطراب فى الجهاز العصبى . على الرغم من الإشارات العديدة إلى الصرع الـــتى جـــاءت فـــى كثـــير من الكتب منذ عصور قديمة ، فإن المعلومـــات المبـــتورة أو الخاطئة فيما يتعلق بالطبيعة الحقيقة

لهـــذا النوع من الإضطراب لا تزال حتى الان غالبة على تفكير عدد كبير من الأشخاص .

تعريف الصرع وأسبابه

مصـــطلح الصـــرع مشتق من كلمة يونانية الأصل تعنى النوبة تعـــريف المؤسسة الأمريكية للصرع هذا المصطلح بأنه سلسة من الاضطرابات التى تصيب الجهاز العصبى المركزى المتمركز فـــى المخ . إلا أنه لكى نكون اكثر دقة يفضل الإشارة إلى هذا الإضـــطراب بصيغة الجمع وليس فى صيغة المفرد نظرا لوجود تبايـــن واســـع المدى فى أنماط الاضطرابات ، وفى درجة حدة الإصـــابة بالاضطراب ، وفى مدى تكرار النوبات ، وفى قابلية الإضـــطراب للعـــلاج . لعـــل هذا هو الذى حدا بنا إلى استخدام مصـــطلح نوبـــات الصـــرع للإشـــارة إلـــى هـــذا الـــنوع من الاضطرابات .

تحـــدث نوبـــات الصـــرع نتيجة لعدم الاتزان الذى يحدث بشكل مـــتقطع فـــى النشاط الكهربائى لخلايا المخ مثل هذه الحالة من عـــدم انـــتظام النشاط الكهربائى يمكن أن تظهر فى شكل تشنج عضـــلى ، وفقدان الوعى لفترات تتراوح ما بين عدد قليل من

الـــثوان إلى عدة دقائق ، ونوبات من الضحك ، وأشكال أخرى مـــن الســـلوك ينظر إليها عادة على أنها سلوك شاذ ناتج عن فقدان الوعى بصفة مؤقتة .

فـــى حيـــن أن أنواعـــا مختلفة من النوبات يمكن أن تنتج عن إصـــابة خلايـــا المـــخ ، لا توجد حتى الان أسباب محددة لهذه النوبات يمكن التعرف عليها وتحديدها بدقة . بوجه عام ، توجد حـــالات تـــرجع إلـــى ظروف تحدث قبل ميلاد الطفل ، وأخرى تحـــدث أثـــناء الولادة ، وعوامل تصيب الطفل بعد ميلاده هذه الظـــروف تشـــمل بعض العوامل مثل : الرضوض التى تصيب الـــرأس ، وعـــدم الاتزان الكيميائى فى الدم ، وسوء التغذية ، وأنـــواع مخـــتلفة مـــن الحمى ، والأورام الخبيثة ، والأمراض المعديـــة . أن معرفتنا الحالية تكاد تكون قاصرة على أن خلايا المـــخ فى حالات نوبات الصرع تفرغ شحنات كهربائية بطريقة غير عادية .

الأساليب التشخيصية لنوبات الصرع

تحـــتاج عملـــية تشـــخيص نوبـــات الصرع إلى معرفة التاريخ التطورى الدقيق لكل ما يتصل بالصعوبات الحالية التى يواجهها

الطفل . يحتاج الطبيب القائم بالتشخيص إلى معرفة الوقت الذى بـــدأت فيه أعراض النوبات عند الطفل ، كما يحتاج إلى وصف كامل لسلوك الطفل أثناء فترة النوبة ، والظروف التى تكون قد أسهمت فى حدوث الأنشطة المصاحبة للنوبة . بطبيعة الحال ، كلمـــا كانـــت المعلومـــات التى تقدمها أسرة الطفل أو مدرسته أو الطفـــل نفســـه عن التاريخ النمائى المبكر للحالة معلومات تفصـــيلية وشاملة ، وكلما توافرت معلومات عن الأمراض التى ســـبق للطفل أن أصيب بها ، والأنماط الحالية من السلوك الذى يظهـــر علـــيه ، كلمـــا اسهم ذلك فى القيام بتشخيص صحيح ، وكلما أدى إلى وضع خطط علاجية فعالة ومؤثرة .

يتمـــثل جزء هام من عملية التشخيص فى الفحص النيرولوجى للطفـــل بهدف تحديد نوع النوبة والمصدر المحتمل للإضطراب النـــيرولوجى . يعتبر استخدام التخطيط الكهربائى للمخ ، الذى يســـجل النشاط الكهربائى لخلايا المخ ، من الأمور المبدئية فى تشـــخيص حـــالات نوبات الصرع ، وفى وضع الخطط العلاجية لمواجهـــة هـــذه الـــنوبات . وعلى الرغم من أن الأخصائي لا يســـتطيع أن يـــنفى احتمال وجود إضطراب نوبات الصرع من

خلال فحص التخطيط الكهربائى للمخ ، فإن هذا التخطيط يساعد فى استقصاء احتمالات الاضطرابات التكوينية . لا شك أن مثل هـذه الاضـطرابات التكوينية تحتاج إلى قياسات وفحوص أدق واشمل بوسائل أخرى مثل أشعة اكس على الجمجمة وغير ذلك من الفحوص النيرولوجية .

أنواع نوبات الصرع

يمكـن تصـنيف اكثر أشكال السلوك المصاحب لنوبات الصرع شيوعا فى قطاعات رئيسية ثلاثة هى : ـ

١ – النوبة الصغيرة

٢ – النوبة الكبيرة

٣ – النوبة النفس ـ حركية

عـلاوة علـى هـذا التصنيف ، يوجد تصنيف آخر يعتمد على التوجـيه الطـبى الإكلينيكي بدرجة اكبر من التصنيف السابق ويضـم أربـع مجموعات من النوبات هى : النوبات الجزئية ، والـنوبات المعممة ، والنوبات من جانب واحد ، والنوبات غير المصنفة .

لمـــا كـــان المربون وغيرهم من الأخصائيين العاملين فى مجال التربـــية الخاصـــة لا يهـــتمون فى المقام الأول بالمظهر الطبى المتخصـــص ، فـــانهم يحتاجون إلى التعرف على أنواع نوبات الصرع الأكثر شيوعا حتى يتمكنوا من التمييز بين هذه الأنواع ويـــتعرفوا علـــيها عـــندما تحدث لاحد الأطفال فى إطار البيئة المدرســـية . لهـــذا السبب نحاول فيما يلى أن نستعرض أنواع نوبات الصرع التى يتضمنها النظام الأول للتصنيف .

١ – نوبـــات الصرع الصغيرة : يصيب هذا النوع من النوبات فى معظم الأحيان الأطفال فيما بين سن الرابعة وسن العاشرة . تعتـــبر أحـــلام الـــيقظة مـــن المظاهـــر الأولية لهذا النوع من النوبات ، لذلك يتأثر التعلم المدرسى نتيجة لفترات عدم الانتباه عـــند الطفل . تتضمن أعراض هذا النوع من النوبات الومضات الســـريعة فـــى العينيـــن ، والحـــركات الارتعاشـــية للـــرأس و الذراعيـــن . يحـــدث هذا النوع من النوبات بشكل متكرر قد يصـــل إلـــى مائـــة مـــرة فـــى الـــيوم الواحـــد . إلا أن مـــدة النوبة ــ بوجه عام ــ يقل عن دقيقة واحدة .

إذا كـــان مـــدرس الفصل تنقصه المعرفة الصحيحة بطبيعة هذا النوع من النوبات ، فإن أعراض النوبة قد تمر دون أن يتعرف عليها . يستطيع الطفل بعد انتهاء النوبة أن يستمر فى مزاولة أنشـــطته الـــتى كان يقوم بها قبل النوبة كما لو كان لم ينقطع عـــنها . لحسن الحظ يختفى هذا النوع من النوبات فى مرحلة الـــبلوغ بشـــكل تلقائى فى بعض الأحيان ، وقد يستمر إلى سن الرشـــد فى بعض الحالات . التعرف المبكر على هذا النوع من نوبـــات الصرع ، وما يتبعه من علاج ملائم يمكن أن يقلل من احتمالات حدوث مضاعفات فى المستقبل .

٢ – نوبات الصرع الكبيرة : يتخذ هذا النوع من النوبات شكل الارتعاش التشنجى العنيف فى الجسم . يمكن أن تستمر النوبة مـــن هـــذا النوع ما بين دقيقة واحدة إلى عشرين دقيقة ، وأن كانـــت مدة النوبة تقل فى العادة عن خمس دقائق . الأعراض الأخرى المصاحبة لهذا النوع من النوبات تتضمن : عدم انتظام التـــنفس ، وســـيلان اللعـــاب ، وزرقـــة الوجه وبصفة خاصة الشـــفتين . يســـتطيع بعض الأطفال المصابين بنوبات الصرع تميـــيز بعـــض الـــدلالات الـــتحذيرية التى تنذرهم بقرب بداية

الـــنوبة . تشتمل هذه الدلالات التحذيرية على الشعور بنوع من الـــتحذير أو الوخـــز الخفيف فى الجسم ، أو الإحساس برائحة معيـــنة أو صـــوت معيـــن ســـبق أن خبرة الطفل فى النوبات السابقة .

فـــى الحالات التى تكون فيها النوبة قصيرة ، يستطيع الفرد أن يواصـــل نشـــاطه ، ولو أنه قد يشعر بنوع من الارتباك والخلط لفـــترة قصـــيرة . أما فى الحالات التى تطول فيها مدة النوبة ، فإن الطفل قد يشعر بعدها بالدوخة ، وربما يشعر بأنه فى حاجة إلى النوم .

الأخصائي الذى تتوفر لديه معرفة كافية بنوبات الصرع الكبيرة يحـــتاج عـــادة من الشخص الذى يعانى من هذه النوبات أثناء فـــترة غيابه عن الوعى نظرا لردود الفعل المترتبة عليها . فى هذا النوع من نوبات الصرع تعطى للطفل عادة الفرصة لليقظة من تلقاء نفسه ، إلا أن هذا لا يمنع من القيام ببعض الإسعافات الأولية من بينها ما يأتى : ــ

أ ــ الاحـــتفاظ بـــالهدوء بقدر الإمكان عند حدوث نوبة الصرع الكبـــيرة لاحـــد الأطفـــال . لا يستطيع أحد منا أن يوقف النوبة

طالمـــا أنهـــا بـــدأت ، لذلك يجب عدم ممارسة أى سلوك لكبح جماع المريض أو تقييد حركته أو محاولة إنعاشه أو إيقاظ .

ب ـ إبعـــاد الأشـــياء الصلبة أو الحادة أو الساخنة أو الأشياء الأخـــرى الـــتى يمكـــن أن تســـبب الأذى للمريض من المنطقة المحـــيطة بـــه . كذلـــك يفضل وضع مسند تحت راس المصاب بالنوبة .

ج ـ عدم دفع أى شئ بين أسنان المريض بالقوة . إذا بقى فم المـــريض مفـــتوحا يمكـــن وضع شئ ناعم كالمنديل مثلا بين الأسنان الجانبية .

د ـ توجـــيه راس المـــريض إلى أحد الجانبين أو الآخر ، مع التأكـــيد مـــن عـــدم وجود ما يعوق عملية التنفس لديه . تنزع الملابـــس أو الأشـــياء الضاغطة من على جسم المريض ، لكن مع عدم التدخل لتقييد حركته .

هـــــ ـ عـــدم الانـــزعاج لو بدا وكأن المريض قد توقف عن التـــنفس . لكن يجب توجيه العناية الكافية إذا بدا أن المريض ينتقل من نوبة إلى أخرى دون أن يستعيد وعيه بين النوبات .

هذه الحالة وأن كانت نادرة إلا أنها عندما تحدث تستدعى عناية مباشرة من الطبيب .

و ــ ملاحظة سلوك المريض بعناية أثناء النوبة بهدف التقرير عنها فيما بعد . وعندما تنتهى النوبة يسمح للمريض بالحصول على قسط من الراحة إذا كانت لديه الرغبة فى ذلك .

٣ – النوبات النفس ــ حركية : يحدث هذا النوع من النوبات فى غالب الأحيان للأطفال الأكبر سنا وللراشدين . تتضمن أعراض النوبات من هذا النوع البداية المفاجئة والسريعة لسلوك الارتباك الدوخة على سبيل المثال الذى يتوقف الفرد فيه عن النشاط الذى يقوم به . قد تختلف هذه النوبات فى المظهر الذى تتخذه كل منها ، إلا أنها يمكن أن تتضمن حركات غير هادفة يطلق عليها ذاتية الحركية . كذلك تظهر حركات متكررة وغير منسقة مثل الضغط على الشفتين ، وحك الساقين أو اليدين ، ونزع الملابس . يمكن أن يظهر أيضا نوع من عدم التماسك فى الكلام مع بعض أشكال السلوك الانفعالى غير الملائم كالإحساس المفاجئ بالخوف أو الغضب .

أثـــناء هـــذا الـــنوع مـــن النوبات يجب عدم فرض قيود على المريض إلا ما يعتبر ضروريا من اجل سلامته الشخصية . أن الاقـــتراحات الـــتى يقدمهـــا الآخرون للمريض بطريقة تنم عن الصـــداقة والمحـــبة غالـــبا مـــا تكـــون كافـــية لضبط النوبات الـــنفس ــ حركـــية أثـــناء الفترة التى تستغرقها النوبة والتى تتراوح فى العادة من ١٥ إلى ٢٠ دقيقة .

يكـــون الشـــخص غير واع على الإطلاق بسلوكه أثناء النوبة الـــنفس ــ حركية ، إلا أنه إذا كانت النوبة قصيرة المدى يمكن مواصـــلة النشـــاط العـــادى . يتسبب فقدان وعى المريض فى انـــزعاجه وبصـــفة خاصة إذا قام بسلوك غير عادى فى وجود زملائـــه . عـــندما تنـــتهى الـــنوبة يعتقد المريض بأن الأطفال الآخريـــن قـــد ســـخروا منه ومن سلوكه . أما إذا كانت النوبة طويلة فإن الطفل قد يشعر بالارتباك والحيرة لفترة من الوقت .

الأساليب العلاجية لنوبات الصرع

علـــى الـــرغم من عدم إمكانية الشفاء من نوبات الصرع شفاء تامـــا ، إلا أن الضـــبط والـــتحكم فـــى هذه النوبات بالأساليب العلاجـــية الملائمة أمر ممكن التحقيق . لما كان إضطراب نوبة

الصـــرع مشــكلة طبـــية فى المقام الأول ، يمكن فى كثير من الأحيان ضبط هذا الإضطراب باستخدام العلاج الطبى المناسب . يعتـــبر العلاج الطبى باستخدام عقاقير مضادة للتشنج الطريقة المبدئـــية لضـــبط الـــنوبة والتحكم فيها . بوجه عام، يقدر أن حوالـــى ٥٠ % مـــن الأشخاص يستطيعون تحقيق ضبط تام ، و ٣٠ % آخـــرون يحققـــون ضبطا جزئيا على نوبات الصرع باستخدام العقاقير الطبية المختلفة الاستخدام الصحيح . لما كان كـــل عقار من العقاقير المضادة للتشنج يحمل تأثيرا فريدا على نوع معين من النوبات ، فإن التشخيص الطبى الدقيق يجب أن يســـبق اختـــيار أو استخدام هذا العقار أو ذاك . على أن بعض العقاقير تحتاج إلى تحديد كمية الجرعة بصفة دورية عن طريق قياس مستوى الدم .

الخصائص السلوكية الثانوية

بالإضافة إلى العلاج الطبى للمظاهر الجسمية لنوبات الصرع ، فإن المظاهر السيكولوجية والاجتماعية والانفعالية تحتاج أيضا إلـــى رعايـــة واهتمام . يستطيع الأخصائيون المدرسين القيام بـــدور حيوى فى المساعدة على التخفيف من صعوبات التوافق

الـــتى يواجههـــا الأطفـــال المصـــابون بنوبات الصرع . يضع المجـــتمع عـــادة قدرا كبيرا من الاهتمام والتأكيد على ضرورة مســـايرة أفـــراده للمعايـــير المقبولة اجتماعيا ، لذلك يتعرض المصـــابون بـــنوبات الصـــرع لغضـــوط كثيرة لمسايرة النظم والمعايـــير الاجتماعـــية . إلا أن الوصمة الاجتماعية الملتصقة بالصرع ، بالإضافة إلى الطبيعة الجوهرية لنوبات الصرع غالبا مـــا تحـــول دون أن يســـلك المصابون بهذه النوبات بما يساير المعايـــير الاجتماعية . هذا يؤدى بدوره إلى تعرضهم لشكل أو آخـــر مـــن أشـــكال الاعـــتراض وعـــدم التقـــبل الاجـــتماعى ارأنجينو ١٩٧٥ .

من ناحية أخرى ، يعتبر الاستقلال خاصية من الخصائص التى تلقـــى تقديـــرا مـــن جانب الكثيرين فى المجتمعات المختلفة . الأشـــخاص الذيـــن يعـــانون من نوبات الصرع يشعرون دائما بحاجتهم إلى الاعتماد الشديد على الأشخاص الذين يقدمون لهم العـــلاج ، والآخريـــن من حولهم الذين يستطيعون تقديم العون لهـــم أثـــناء الـــنوبة . القلـــق الناتج عن الشعور بالحاجة إلى الاعـــتماد على الآخرين ، بالإضافة إلى عدم الطمأنينة الناتجة

عــن الشك فى ضبط النوبة ، قد تمتد آثارها إلى الفترات التى يخلــو فيها الطفل من النوبات ، مما يجعله يتسم بالقلق بشكل دائم .

كذلــك فإن شعور الأطفال المصابين بنوبات الصرع بالشك تجاه قدراتهــم الذاتــية يعرضــهم لكثــير من مواقف الإحباط . هذه المشــاعر تــؤدى بكثــير مــن هــؤلاء الأطفال إلى الميل إلى الانسحاب من مواقف العلاقات الاجتماعية ، والنكوص إلى حالة مــن الاعــتماد على الآخرين تفوق القدر الذى يحتاج إليه فى الواقع ارانجينو ١٩٧٥ .

بطبعــية الحال ، من الخطأ القول بوجود آثار نفسية أو سلوكية تحــدث بالضرورة نتيجة لنوبات الصرع . لكن إذا تطورت لدى الطفــل مشــكلات انفعالية أو نفسية أو اجتماعية ، فإن ذلك قد يعــود إلـــى واحد أو اكثر من الاعتبارات التالية ، ليفنجستون ١٩٧٢ : ـــ

أ ـــ اتجاهات الوالدين والأشخاص الآخرين ممن لهم أهمية فى حــياة الطفــل الذين قد يحاولون إخفاء حقيقة أن الطفل مصاب بــنوبات الصـــرع ، أو الذين قد يشعرون بالخجل تجاه إصابة

الطفــل بهــذه النوبات ، أو الذين قد يشعرون بالخوف من إلا يكونوا قريبين من الطفل أثناء النوبات .

ب ـ الوصمة الاجتماعية المرتبطة بنوبات الصرع والتى تقوم على الفكرة الخاطئة بأن الأشخاص المصابين بهذه النوبات أما انهــم مرضـــى عقليون ، أو انهم متخلفون عقليا . يترتب على مـــثل هــذه الأفكار فرض بعض القيود على هؤلاء الأفراد منها حـــرمانهم من بعض الحقوق كقيادة السيارات مثلا ، وغير ذلك من القيود .

ج ـ ردود الفعــل الناتجة عن تناول قدر زائد من العقاقير مما قد يؤدى إلى وجود آثار جانبية انفعالية ، أو أشكال من السلوك غـــير العادى . إلا أن تغيير نوع العقار أو وقفة ـ فى مثل هذه الحالات ـ يجعل الطفل يعود إلى حالته العادية .

د ـ القلق من توقع حدوث النوبة مما قد يؤدى إلى الخوف من الإصابة بالاذى أو الوفاة .

استراتيجيات التربية الخاصة

يأخذ الفكر التربوى والسيكولوجى المعاصر بوجهة نظر تنادى بوجوب وضع الأطفال غير العاديين فى مواقف مدرسية تتضمن

اقـــل قـــدر ممكن من القيود . رغم ذلك فإن المحكات التى يبنى علـــيها الوضـــع التعلـــيمى المناسب للأطفال المصابين بنوبات الصـــرع لا بـــد وأن تكون محكات تقوم على أسس واعتبارات فـــردية . يؤخذ فى الاعتبار عند تقرير الوضع التعليمى ، درجة العجز الجسمى عند الطفل المصاب وغير ذلك من عوامل . فى جمـــيع الأحوال ، يبنى القرار على أساس اختيار افضل الطرق لإشباع الحاجات الخاصة للطفل المصاب بنوبات الصرع . كثير مـــن الأطفـــال المصـــابين بنوبات الصرع يشخصون على انهم يعـــانون أيضا من صعوبات خاصة فى التعلم . لكن طبقا لدرجة حـــدة الـــنوبة ، وما إذا كانت النوبة تحت ضبط ملائم من خلال العـــلاج الطـــبى ، فإن بعض هؤلاء الأطفال قد لا يحتاجون إلى برامج للتربية الخاصة .

تقـــوم وجهـــة النظر المؤيدة لتقديم برامج فى التربية الخاصة للأطفـــال المصـــابيين بـــنوبات الصـــرع علـــى مجموعة من الاعتبارات العامة من بينها : ـــ

أ ـــ إمكانـــية توفير معلمين تلقوا تدريبا خاصا فى مجال نوبات الصرع .

ب – توفـــير مصــــادر تعليمية خاصة تناسب الأطفال المصابين بنوبات الصرع

ج – توفير اهتمام كاف بالتوافق الاجتماعى والانفعالى لهؤلاء الأطفال .

د – توفـــير أنـــواع مـــن الأنشطة الرياضية والترويحية تحت ظروف محكمة بما يتناسب مع حالات الأطفال الذين يعانون من نوبات الصرع .

أمـــا وجهـــة الـــنظر المضادة ، التى تنادى بعدم ضرورة تقديم بـــرامج خاصـــة للأطفال المصابين بنوبات الصرع ، فأنها تقوم علـــى اعتـــبار أن مثل هذه البرامج يمكن أن تؤدى إلى النتائج التالية : –

أ – عـــزل الطفـــل المصــــاب بنوبات الصرع عن زملائه وعن المجتمع الخارجى بوجه عام .

ب – احتمالات فرض قيود – على حرية حركة هؤلاء الأطفال وأنشطتهم .

ج – العـــدد المحدود من الأطفال المصابين بنوبات الصرع فى البيئة المدرسية الواحدة قد يعوق توفير فصل خاص بهم .

د ـ صعوبات التكيف مع المجتمع الخارجى بعد انتهاء الدراسة .

تشير بعض الدراسات إلى أن كثيرا من الأطفال المصابين بنوبات الصرع يعانون من مشكلات نفسية قد تؤثر على تحصيلهم الدراسى وعلى توافقهم فى العمل فيما بعد . ترى هارلن ١٩٦٥ ، أن هذه المشكلات ـ أن وجدت ـ فأنها ترجع إلى العوامل الآتية : ـ

أ ـ مشاعر التهديد التى تسبق النوبة .

ب ـ قلق الآخرين الذى يتبع النوبة .

ج ـ القلق الزائد من جانب الأسرة .

د ـ ردود الفعل القوية من جانب الأطفال الآخرين تجاه نوبات الصرع .

هـ ـ الحاجة إلى زيارات متكررة من جانب الأطباء أو التردد على المستشفى .

و ـ الانقطاع عن برامج الدراسة ، والحياة الأسرية ، والمواقف الاجتماعية ، نتيجة للمشكلات الصحية .

ثانيا : ـ

الأمراض المزمنة

عندما نستعرض مبادئ سيكولوجية النمو ونظرياته نجد تركيزا كبيرا على أشكال سلوك الوالدين واتجاهاتهم ، وعلاقة ذلك بشخصية الطفل وسلوكه . من ناحية أخرى ، تتفق نتائج البحوث والدراسات ـ بوجه عام ـ فى توضيح حقيقة أساسية هى أن خبرات الطفل الأسرية فى فترة الطفولة المبكرة تعتبر من أهم المحددات الأولية لشخصيته . يقول ثومبسون فى ذلك أن الكائن الحى هو نظام دينامى نامى متغير فى أداء وظائفه طبقا للخصائص الجينية الموروثة التى تتفاعل مع مواقف بيئية من نوع خاص من المعروف الان أن التغيرات التى تطرأ على أى جزء من أجزاء هذا النظام الدينامى يكون لها آثار بعيدة المدى على الشخصية . مثل هذا التعميم يلقى تأييدا كبيرا من نتائج الدراسات فى مجال الأمراض المزمنة وتأثيرات هذه الأمراض على الأطفال .

أن دراسة العوامل المؤثرة فى توافق الأطفال المصابين بالأمراض المزمنة تظهر أن الاتجاهات الوالدية هى العامل

السائد في تحديد ما إذا كانت سمة القلق سوف تكون من العناصر ذات الأهمية في تحديد موقف هؤلاء الأطفال من التوافق . أظهرت بعض الدراسات أن كمية القلق لدى الوالدين ، والطريقة التى يتم التعبير بها عن هذا القلق ، لا تحمل أية دلالة تنبؤية بالحالة المرضية عند الطفل فى حد ذاتها . لم توجد مثلا ـ علاقة تنبؤية بين درجة شدة الحالة المرضية وبين الاتجاهات الوالدية كالحماية الزائدة للطفل أو الإهمال أو نقص الرعاية .

يبدو أن كمية القلق التى يشعر بها الوالدان ، والطرق التى يعبران بها عن هذا القلق ، ترتبط بالحاجات العاطفية الخاصة للوالدين واتجاهاتهم الأساسية نحو الطفل ، اكثر مما ترتبط بالمظاهر الفعلية للمرض .

من ناحية أخرى ، يؤكد بارسونز أن مفهوم المرض عند الكبار لا يقبل التطبيق على الطفل المريض . أننا لا نتوقع من الطفل الصغير الذى لم ينضج بعد أن يقوم بنفس الأدوار ، أو أن يتحمل نفس المستويات من المسؤولية تجاه المرض كالشخص الراشد . على سبيل المثال ، نحن لا نستطيع إلقاء المسؤولية

علـــى الطفل فى محاولة التخفيف من حالته المرضية من خلال رغبته فى ذلك ، أى عن طريق التحمل وقوة الإرادة . بالمثل ، فـــإن الطفـــل لا يـــتحمل المسؤولية فى تحقيق نوع افضل من الـــتعامل العـــادى مع الآخرين ، ومن ثم لا يعتبر مسؤولا عن إدراك الآخريـــن لحالته المرضية الخاصة ومما تتضمنه الحالة مـــن قصور وحاجة الطفل إلى المساعدة والعون . يترتب على ذلـــك أن طـــرفا ثالـــثا ــ غالبا ما يكون الوالدين ــ تقع عليه مســـؤولية القـــيام بـــدور خاص وهام بالنسبة للحالة المرضية للطفل .

اعتبارات سيكولوجية عامة للإصابة بالمرض

يـــرى كثـــير من العلماء أن المرض الجسمى يحمل معنى فريدا بالنســـبة لكـــل من الطفل والوالدين . عندما يصاب الطفل بأحد الأمراض الحادة يمر بخبرات كثيرة غريبة وليست عادية ، كما تحـــدث للطفـــل أشياء جديدة وغير مفهومة تماما بالنسبة له . الطفل المصاب بمرض مزمن لا يشعر بأنه فى حالة طبية ، كما أنـــه لا يفهم تماما لماذا اصبح مريضا ، وقد يشعر برغبة قوية فـــى الـــبقاء بمفـــرده . غالبا ما يزداد شعور القلق لدى الطفل

نتــيجة لقلــق الوالديــن اللذين قد يشعران بالذنب فيما يتعلق بدورهما فى إصابة الطفل بالمرض ، أو لفشلهما فى وقايته من الإصــابة بــه . علــى أى حال ، لاحظ كثير من الدراسين أن الوالديــن يشــكلان اكــثر مصادر القلق وضوحا بين الأطفال المصابين بالمرض المزمن .

علــى الرغم من أن المعنى الخاص للإصابة بمرض معين عند طفــل بالذات يعتمد إلى حد كبير على عدد كبير من العوامل فى خــبرات الطفل السابقة ، وعلى اتجاهات الوالدين ، توجد بعض الاستجابات المشتركة الشائعة لدى معظم الأطفال الذين يصابون بأمــراض مزمــنة . لعــل من ابرز استجابات الأطفال للحالات المرضية الأشكال التالية .

١ – استجابات الشعور بالذنب والخوف والاعتقاد بأن المرض نوع من العقاب . تعمل تبريرات الوالدين وتفسيراتهم فى بعض الأحــيان على مضاعفة مشاعر الخوف عند الطفل ، والاعتقاد بــأن المــرض نوع من العقاب . من ذلك ــ مثلا ــ ما يردده الوالــدان كثيرا من أن الإصابة بالبرد تحدث لان الطفل لم يطع والديــه عندما طلبات منها ارتداء ملابس ثقيلة . أو أن إصابة

الســاق بالكســر كانت نتيجة لعدم رضوخ الطفل لتحذيرات ألام بالامتــناع عــن اللعب خارج المنزل . كذلك ، كان من الممكن تجنب ألام المعدة لو أن الطفل تناول غذاءه بالطريقة الصحيحة إلى غير ذلك من تبريرات .

حيــنما تظهــر بعــض الأعــراض المرضية على الطفل ، فإن الــتحذيرات السابقة للوالدين تجد تدعيما عادة من خلال ترديد أن الوالديــن ســبق لهمــا وأن قاما بتحذير الطفل . مثل هذه الخبرات الأسرية شائعة وترتبط باعتقاد الطفل بأنه حينما يكون مريضــا فهذا عقاب له . كذلك فإن لجوء الوالدين إلى تخويف الطفل من الطبيب يدعم اعتقاد الطفل بأن الإصابة بالمرض نوع من العقاب .

إذا كــان العــلاج الطــبى يســبب الما للطفل ، فانه ينظر إلى الأســاليب العلاجــية المختلفة على أنها العقاب الذى يستحق . ناقشت أنا فرويد هذا النوع من الاستجابة نحو المرض بطريقة مــثمرة ومفــيدة ، وأشــارت إلى أن الطفل لا يكون فى موقف يســمح له بالتميــيز بيــن مشاعر المعاناه والألم الناتجة عن

المرض ذاته ، وبين المعاناة المفروضة على الطفل للشفاء من المرض .

فـــى مثل هذه الحالات يرغم الطفل على قبول الأساليب العلاجية المخـــتلفة دون أن يفهـــم الهدف من ورائها . ميزت أنا فرويد مجموعـــة مـــن العوامل اعتبرتها ذات دلالة واضحة فى الحالة المرضية للطفل منها :

أ ـــ التغـــير الذى يحدث فى الجو العاطفى والانفعالى فى محيط الأســـرة ، وما يصاحبه من زيادة الاهتمام الواضح بالطفل فى الوقت الذى لم يكن فيه هذا الجو سائدا فى المحيط الأسرى من قبل .

ب ـــ القصور فى الحركة الجسمية للطفل مما يترتب عليه كف الأنشـــطة الحركـــية العادية ، والنتيجة عادة هى شعور الطفل بالتبرم والضيق .

ج ـــ احتمال إجراء بعض العمليات الجراحية مما يثير مخاوف الطفل تجاه الصورة المتكاملة للجسم .

٢ – المجموعـــة الثانـــية من الاستجابات الشائعة لدى الأطفال للإصـــابة بالمرض المزمن تتعلق بظاهرة النكوص لوحظ بشكل

متكرر فى معظم الحالات المرضية عند الأطفال حدوث نوع من النكوص بدرجة أو بأخرى إلى مستوى اقل نضوجا من السلوك الانفعــالى والاجتماعى . يحدث النكوص عند الطفل ــ كأسلوب للــتوافق ــ بتجمـــيع الأســـاليب الدفاعية ضد القلق . بطبيعة الحال ، تعتمد درجة النكوص على حدة الإضطراب الانفعالى من ناحـــية ، وطول فترة المرض من الناحية الأخرى . فى حالات المرض المزمن الذى يطول مدة يكون النكوص اكثر شدة لفترة الرضـــاعة مع إظهار الحاجة إلى العطف . يكون ذلك مصحوبا أحيانا ببعض الوظائف الجسمية كالميل إلى إرجاع الطعام بوجه عـــام ، يمكـــن القـــول أنه كلما كان الطفل اصغر سنا فى وقت الإصـــابة بالمرض ، كلما حدث النكوص بشكل أسرع . فى هذه الحالـــة ، تكون العادات السلوكية حديثة الاكتساب اكثر تعرضا للاختفاء فى البداية من العادات السلوكية القديمة الثابتة .

٣ – تتمثل المجموعة الثالثة من الاستجابات للإصابة بالمرض المزمـــن فـــى مـــيل الطفل المريض إلى الاعتماد على الآخرين وإصــــرارِه علـــى ذلـــك . يحاول بعض الأطفال الاحتفاظ بنوع العلاقـــات البيئـــية الـــتى كانت سائدة فى فترة الطفولة المبكرة

والـــتى وفــرت لهـــم الأمـــن والطمأنينة والإشباع ، يحاولون الاحـــتفاظ بهـــذه العلاقات أثناء المرض . يتردد الطفل فى مثل هـــذه الحالة فى الإقلاع عن المكاسب الثانوية التى حصل عليها أثناء مرضه حتى ولو لم تكن هناك أعراض على سوء التوافق عـــند الطفـــل قـــبل الإصابة . من اكثر الحالات التى تؤدى إلى إصرار الطفل المريض على الاعتماد على الآخرين تلك الحالات التى تتميز بالقلق البالغ من جانب الوالدين تجاه مرض الطفل .

٤ – المجموعـــة الـــرابعة من الاستجابات الشائعة تجاه الحالة المرضية تكمن فى الميل إلى التمرد والعصيان . يستجيب بعض الأطفال للمرض من خلال تطوير ميول التمرد والعصيان . مثل هـــؤلاء الأطفال يلومون الآخرين ويتهمونهم بالتقصير والعجز فـــى إزالة المرض عنهم . ربما ترتبط هذه الاستجابات بالقلق تجـــاه المـــرض كـــنوع من العقاب وكأسلوب تعويضى يساعد هؤلاء الأطفال على إنكار وجود المخاوف .

٥ – المجموعة الخامسة من الاستجابات الشائعة تجاه الإصابة بمرض مزمن تضم تلك الاستجابات غير الواقعية فى طبيعتها . تتكون هذه الاستجابات نتيجة للاهتمام الزائد من جانب الوالدين

الــذى قد يستمر لفترة طويلة بعد أن تزول الحاجة إلى الاهتمام الحقيقى بآثار المرض عند الطفل ، ومن الناحية الأخرى ، يظل الطفــل مشــغولا بالوظائف الجسمية بصفة مستمرة بشكل غير واقعى .

٦ – أخيرا ، توجد الاستجابات البناءة تجاه المرض . يستجيب بعــض الأطفــال للمواقــف الصعبة بطريقة بناءة ، ولا يسبب المــرض لديهم سوى اقل قدر ممكن من الإضطراب الانفعالى . فــإذا أمكــن مواجهة المرض بطريقة ملائمة ، وإذا كان الطفل يشــعر بالاستقرار الانفعالى ، قد تكون خبرة الإصابة بالمرض فى هذه الحالة من الخبرات البناءة من الناحية النمائية .

يتسع نطاق الاستجابات السيكولوجية تجاه المرض أيضا ليشمل الشعور بالعجز والقصور فى أداء الوظائف المختلفة . بالإضافة إلى الوعى الذى يكتسبه الطفل بالقصور من خلال تركيز الأسرة واهتمامها الشديد ، فانه يصبح واعيا بعدم كفاءته الجسمية من خــلال مظاهر القصور فى قدرته على المنافسة مع الآخرين ، أى نتــيجة لاتجاهات الأطفال الآخرين نحوه وتقييماتهم السلبية لقدراتــه . يــنعكس هــذا الموقف بشكل واضح على التوافق

الاجـــتماعى للطفل وعلى إحساسه بالقيمة الذاتية وعلى مفهوم الذات .

تسهم حالة الطفل الجسمية فى تشكيل الظروف البيئية المحيطة بـــه ممـــا يؤثر بدوره على حياة الطفل الانفعالية . أن شخصية الطفـــل من العوامل الهامة فى تحديد طبيعة استجاباته للضغوط البيئـــية . تعـــبر هـــذه الاســـتجابات عن نفسها أما فى صورة المقاومـــة والعصيان ، واما فى شكل سلوك سلبى كالامبالاه أو الانسحاب . بطبيعة الحال ، يختلف تكيف الطفل الصغير للحالة المرضـــية التى يصاب بها عن عملية التكيف لدى الكبار لنفس الحالة . يستخدم الشخص الراشد عادة خبراته السابقة فى حل المشـــكلات لمواجهة الموقف إذا أصيب بالمرض ، أما بالنسبة للطفـــل فـــإن خـــبراته المحدودة تجعله غير قادر على التكيف للموقـــف المرضى . يزداد تأثير العوامل السيكولوجية السابقة عـــندما يكون المرض مزمنا ويدوم لسنوات طويلة وربما يلازم الطفـــل طـــوال حياته . التوتر المستمر الذى يعانى منه الطفل يجعـــل مـــن الضـــرورى اتخاذ خطوات لتحقيق التكيف للحالة المرضـــية مـــن جانـــب كل من الأسرة والطفل . بوجه عام ،

المحاولات التى تبذل بهدف تحقيق التكيف لا تكون عادة جديدة تماما ، وانما تكون مستمدة من الأساليب التى استخدمت فى الماضى خلال الفترات المبكرة للإصابة بالمرض .

خبرة الاستشفاء والآثار السيكولوجية المرتبطة بها

كلما طالت فترة المرض ، وخاصة عندما يصبح المرض اضطرابا مزمنا ، فإن احتمال حاجة الطفل إلى العلاج بالمستشفى يزداد بصفة مستمرة . خلال السنوات القليلة الماضية نما الاهتمام بتأثيره خبرة الاستشفاء على الطفل بشكل سريع مما أدى إلى ظهور بحوث ودراسات عديدة فى هذا المجال . كان من نتيجة هذه الدراسات أن أدخلت تعديلات جذرية على تنظيم خبرة إقامة الطفل المريض بالمستشفى ، وعلى أساليب التعامل مع الطفل خلال هذه الفترة .

كانت الدراسات التى أجراها سبيتز وجولد فارب بمثابة مثيرات جذبت الاهتمام نحو ضبط خبرة الاستشفاء . أوضحت هذه الدراسات ـ بوجه عام ـ أن توفير افضل ظروف الإقامة ، والتغذية والعناية الطبية ، والخبرات التعليمية ، والحياة الاجتماعية ، كل هذه ليست كافية فى حد ذاتها لضمان نمو

الطفل نموا انفعاليا مناسبا . من بين العوامل باللغة الأهمية فى هـذا الموقف احتمالات نقص المثيرات المرتبطة بمشاعر الحب بالنسـبة للطفـل . أوضحت نتائج هذه الدراسات أيضا أنه كلما صـغر سن الطفل عند حدوث مثل هذه الخبرات من الحرمان ، كلما طالت فترة سوء التوافق .

علـى الرغم من أن نتائج البحوث فى هذا المجال لا تلقى قبولا تامـا من جانب الأخصائيين المهنيين ، يبدو مقبولا فى الوقت الحاضـر أن خبرات الحرمان التى يمر بها الطفل فى السنوات المـبكرة مـن حـياته ، تعتبر بالغة الأثر على نمو الشخصية وتوجيه السلوك فيما بعد .

يرى روبرتسون أنه حينما يتسبب بقاء الطفل فى المستشفى فى حـرمانه من علاقات دافئة ومستمرة مع الأم ــ وبصفة خاصة قـبل سن الرابعة ــ فإن الطفل يستجيب للموقف بطريقة مميزة من الناحية الانفعالية ، وتتخذ هذه الاستجابة ــ عادة ــ مظاهر ثلاثة هى : ــ

المظهر الأول هو الاعتراض ، وفيه يحاول الطفل بشتى الطرق الإرادية إظهار الشعور بالحزن والأسى .

أمـــا المظهـــر الثانى فهو اليأس ، ويكون فيه الطفل اقل نشاطا واقـــل إيجابـــية فـــى إظهـــار حاجـــته إلى ألام على المستوى الشعورى ، بالإضافة إلى زيادة إحساسه بفقدان الأمل . فى هذه المرحلة يميل الطفل إلى الانسحاب وقد يتبلد شعوره ، ولا يعبر عن أية مطالب .

لعلنا جميعا نألف بعض الملاحظات الشائعة التى تتمثل فى القول بـــأن الطفل ظل هادئا تماما إلى أن جاءت ألام إلى المستشفى . عـــندما تكـــون فترة البقاء فى المستشفى قصيرة . فإن بعض الأطفـــال قـــد يصـــلون إلى هذه المرحلة من اليأس ، أو انهم يكونـــون قـــد عـــادوا إلى منازلهم وهم لا يزالون فى المرحلة السابقة أى مرحلة الاعتراض .

المظهـــر الثالث هو الإنكار ، وفيه يبدى الطفل اهتماما اكبر بما يحـــيط به ، وقد يبدو مستقرا واجتماعيا . إلا أن ذلك قد يكون انطـــباعا مصطنعا وغير حقيقى . حقيقة الأمر أن ما يبدو على الطفـــل فى هذه المرحلة ليس سوى أسلوب دفاعى أو محاولة للتكيف من جانب الطفل .

على أن الأخطار الرئيسية التى تكمن فى فترة الاستشفاء تكمن فى نوعين من الأخطار هما : ــ

١ – خطــر الابلام ، ويشمل الصدمة لفقدان ألام ، والخوف من ألام العلاج .

٢ – خطــر الحــرمان ، وهــو وظــيفة للانفصال الطويل عن الوالدين ، وخاصة عن ألام .

لعل من اكثر الدراسات أهمية فى هذا المجال الدراسات التى قام بهــا بــروف واخــرون . كان الهدف من هذه الدراسات بحث طبــيعة تأثــير الفــترات القصيرة من الاستشفاء على كل من الأطفــال والوالديــن . أجريــت إحــدى هــذه الدراسات على مجموعتيــن مــن الأطفــال ــ تــتكون كل مجموعة من مائة طفــل ــ وتشــابه أفراد المجموعتين فى بعض المتغيرات منها الســن ، والجنس ، وتشخيص المرض . كان هؤلاء الأطفال قد وضعوا فى المستشفيات نظرا لأصابتهم بأمراض حادة نسبيا . أيــدت نــتائج هــذه الدراسة ما أظهرته نتائج بعض الدراسات الأخــرى مــن أن الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ثلاث سنوات

كـــانوا اكـــثر عرضة للمظاهر السلبية المحيطة بخرة البقاء فى المستشفى .

فسر الأطفال انفصالهم عن أمهاتهم فى معظم الحالات على أنه نوع من العقاب لهم . وأظهرت الدراسة أيضا أن استجابة قلق الانفصـــال كانت اكثر تكرارا بين الأطفال الأصغر سنا ، ووجدت نفـس الاستجابة أيضا لدى الأطفال الأكبر سنا وأن كان بشكل اقل حدة ، وبدرجة اقل تكرارا .

لوحـظ أيضـا أن سـلوك الأطفـال تمـيز بالاكتئاب ، وبعض الاضـطرابات المـنوعة كالاضطراب فى التغذية والنوم وسلوك الإخـراج . كذلـك كانـت مظاهـر النكوص من اكثر الأساليب الدفاعية شيوعا .

مـن ناحية أخرى ، أظهرت هذه الدراسة أن الميل إلى السلوك الانسـحابى كان شائعا بين الأطفال الأكبر سنا منه بين الأطفال الصـغار . كذلـك استجابة متكررة لدى جميع الأطفال . بوجه عـام ، كـان الأطفـال الذين اظهروا اكبر قدر من النجاح فى التوافق لفترة الاستشفاء هم أولئك الأطفال الذين توفرت لديهم اكثر العلاقات بالوالدين إشباعا .

جـــاءت نـــتائج بعـــض الدراسات الأخرى مسايرة للنتائج التى توصـــلت إليها دراسات بروف السابقة . من هذه الدراسات تلك الدراســـة الـــتى قـــام بها كل من جوفمان وبسكمان هدفت هذه الدراســـة إلى تقييم إعداد الأطفال لمواجهة خبرة الاستشفاء ، ومـــدى تفهم الأطفال للحالة المرضية ، واستجاباتهم لممارسات الـــرعاية الطبية داخل المستشفيات . أجريت هذه الدراسة على مائـــة مـــن الأطفـــال المرضى تتراوح أعمارهم بين ٣ سنوات و ١٥ ســـنة . أظهرت هذه الدراسة أنه فيما يقرب من ٧٥ % مـــن الحالات لم يكن هناك إعداد أو تهيئة للأطفال قبل دخولهم للمستشـــفى . شـــعر الباحثون أن الأطفال الذين تبلغ أعمارهم ثـــلاث أو أربـــع سنوات كانوا قادرين على تفهم بعض الحقائق البســـيطة عن المرض الذى أصابهم ، وعن الأساليب العلاجية الضـــرورية إذا مـــا أعطيت لهم بعض التفسيرات البسيطة التى تتناسب مع مستويات تفكيرهم .

مـــن ناحـــية أخرى قام مارلنز بدراسة الاتجاهات نحو الذات ، ونحـــو مواقـــف فى البيئة لدى مجموعة من الأطفال المصابين ببعض الأمراض المزمنة ويتلقون العلاج بالمستشفيات ، وقارن

ذلك بمجموعة أخرى من الأطفال المصابين بنفس الأمراض إلا انهـم يـتلقون العلاج خارج المستشفيات . أوضحت نتائج هذه الدراسـة أن أطفال مجموعة المستشفيات سادت بينهم مشاعر الـرفض والعقـاب والانشغال الزائد بالحالة الجسيمة والاكتئاب اكـثر مما وجد لدى أطفال المجموعة الثانية . إلا أنه لم تظهر فـروق ذات دلالـة بيـن المجموعتيـن فـيما يتعلق بمشاعر العدوان .

كـان لنـتائج الدراسـات السابقة وغيرها من الدراسات التى تناولـت جوانـب أخرى تتعلق بخبرات الاستشفاء عند الأطفال الأثـر الواضـح فى وضع مجموعة من الخطوات والإجراءات الـتى تهدف إلى التقليل بقدر الإمكان من مخاطر إقامة الأطفال المرضى بأمراض مزمنة فى المستشفى ، أن لم يكن تجنب هذه المخاطر تماما .

كان هذا الموضوع محور اهتمام حلقة دراسية فى إطار منظمة الصـحة العالمـية فـى الاجـتماعات التى عقدت فى ستوكهلم سـبتمبر ١٩٥٤ . يشـير تقرير هذه الحلقة الدراسية إلى أن افضل مكان للعناية بالطفل المصاب بمرض مزمن هو المنزل .

فـــالطفل الذى يقل عمره عن خمس سنوات لا يكون قادرا على تفهـــم معنى المرض ودلالاته . بالنسبة للطفل صغير السن فإن الانفصـــال والعزلة التى تحدث نتيجة لبقائه فى المستشفى تبدو ذات اثـــر سلبى يدوم طويلا ، وربما يصعب إصلاحه . نان من نتيجة هذه الجهود أن أخذت الأساليب العلاجية للأطفال المرضى بثلاثة اعتبارات رئيسية هى : ـــ

١ – تجنـــب اســـتخدام العـــنف مع الطفل وتجنب تعريضه لالم حقيقى من خلال الاتصال بين الهيئة العلاجية وبين الطفل .

٢ – الإعـــداد الملائـــم للطفـــل وتهيـــئة للدخـــول فـــى خبرة الاستشفاء .

٣ – اســـتمرار الصـــلة الوثيقة بين ألام وبين الطفل المريض طوال فترة بقائه فى المستشفى للعلاج .

هـــذا وقـــد أوضحت الدراسة المنظمة للعلاقة بين ألام والطفل أثـــناء فترة الاستشفاء مجموعة من العوامل المسببة للمشكلات الســـلوكية أثـــناء هـــذه الفـــترة يـــأتى فـــى مقدمتها العوامل التالية : ـــ

١ – إضـــطراب العلاقـــات بيـــن الوالديـــن والطفل قبل دخول المستشفى . بوجه عام ، كلما كانت العلاقات على نحو افضل ، كلما قل احتمال حدوث الاضطرابات السلوكية وتعقيداتها .

٢ – نقـــص أعداد الطفل وتهيئة لدخول المستشفى ، أو الأعداد غير الملائم للطفل لمواجهة هذه الخبرة .

٣ – المـــبالغة فى أعداد الطفل وتهيئة لخبرة الاستشفاء والتى تنتج عادة عن قلق الوالدين الزائد تجاه هذه الخبرة .

عـــدم توفر زيارات ألام للطفل أثناء وجوده بالمستشفى بالقدر الكافـــي . يعتبر قلق الوالدين أثناء الزيارة ، جنبا إلى جنب مع عدم الوفاء بوعودهما للطفل من العوامل ذات الأهمية فى خلق المشكلات السلوكية عند الطفل خلال فترة الاستشفاء .

يسود الان شعور لدى كثير من الأخصائيين فى التربية الخاصة بأن كثيرا من الأمراض يمكن علاجها فى إطار البيئة المنزلية ، ومـــن ثم يمكن تجنب إبقاء الطفل بالمستشفى فى الحالات غير الضرورية . عندما يكون بقاء الطفل بالمستشفى أمرا ضروريا ، فلا بد من أعداد الطفل أعدادا مناسبا لمواجهة هذه الخبرة .

بعــد هــذه المناقشـــة للعوامل السيكولوجية العامة الكامنة فى إصـــابة الطفــل بــأحد الأمراض وخاصة بالأمراض المزمنة ، نتـــناول فــيما يلــى بعض هذه الأمراض بشئ من التفصيل .

الأمراض التى نناقشها فيما تبقى من هذا الفصل تشمل :

١ – اضطرابات الجهاز القلبى الوعائى مرض روماتزم القلب .

٢ – اضطرابات الجهاز الغدى الديابيطس أو مرض السكر

٣ – اضطرابات الجهاز العضلى صقلى التهاب المفاصل والتلف العضلى .

١ – اضطرابات الجهاز القلبى الوعائى

الأشـــخاص الذيـــن يصابون بمرض فى القلب يواجهون مشكلة فسيولوجية أساسية . طالما أن القلب قادر على أن يحافظ على الدورة الدموية فى مستوى ملائم ، يتوفر للإنسان إمداد مناسب للأنســـجة بـــالدم استجابة للمطالب الوظيفية المختلفة للجسم . الوقـــت الـــذى لا يحقـــق فـــيه الشخص التوازن بين المطالب الوظيفية ، وبين قدرة القلب على مواجهة هذه المطالب ، يظهر الإضـــطراب فى القلب . إلا أن الخلل فى التوازن يرجع أما إلى بعـــض العوامـــل التى ترفع من المطالب الوظيفية للجسم بحيث

تصـــبح على مستوى أعلى مما يستطيع القلب مواجتهه ، أو قد تـــرجع إلـــى بعـــض العوامـــل التى تقلل من طاقة القلب على مواجهة المطالب الوظيفية للجسم .

عـــندما يصـــاب الطفل باضطراب فى الجهاز القلبى الوعائى ، تصـــاب المفاصـــل بـــنوع من الالتهاب يكون مصحوبا بالحمى الشـــديدة . تمتد هذه الإصابة إلى أجزاء مختلفة من الجسم فى نفـــس الوقـــت . تعتـــبر إصابات المكورة العقدية عادة السبب الرئيســـى للحمـــى الروماتيزمية ، وبصفة خاصة بعد أن يصل الطفـــل إلـــى ســـن الرابعة . وتعتبر السنوات ما بين الخامسة والخامســـة عشـــرة مـــن اكثر الفترات التى يكون فيها الأطفال عرضـــة للإصـــابة بـــالحمى الروماتيزمية . كلما اقتربت فترة المـــراهقة تصـــيب اضطرابات المكورة العقدية الحلق والأجزاء العليا من الجهاز التنفسى . هذه الإصابة تسبب تشخن العضلات صـــمامات القلب مما يعوق انسياب الدم إليه . يترتب على مثل هذه الحالة عدم قدرة القلب على الوفاء بالتزاماته تجاه المطالب الوظيفية المختلفة لأجهزة الجسم .

الأساليب العلاجية للحمى الروماتيزمية

يـبدو أنـه لا يوجـد اتفـاق عـام حـول طرق علاج الحمى الروماتيزمـية . إلا أن اسـتخدام المضادات الحيوية ، ولجوء المريض إلى الراحة تعمل على وقف تعرضه للإصابة بالمرض علـى نطاق أوسع . نظرا لعدم وجود عقار سحرى للشفاء من الحمـى الروماتيزمية ، تصبح الوقاية من الإصابة بالمرض من الأمـور بالغـة الأهمـية . أن تحقـيق الوضع المتكامل للطفل المصـاب بـالحمى الروماتيزمـية فى إطار الموقف المدرسى العادى يتطلب جهود الرعاية الطبية ، وجهود العمل المدرسى ، وجهـود الأسـرة لمسـاعدة هـذا الطفل على تحقيق الأهداف التعليمية التى توضع من اجله .

الخصائص السلوكية الثانوية عندما تتطلب الحالة المرضية عند الطفـل علاجـا لفـترات طويلة ، يجد الطفل صعوبة فى تفهم الأسـباب وراء القـيود المفروضة على حركته ونشاطه . من المهـم فـى هـذا المجـال مساعدة الطفل على التحقق من أن المدرسـة والوالدان لا يحاولون فرض قيود زائدة على الطفل ، أو أن هذه القيود تحمل معنى العقاب للطفل .

ربمـــا كان العنصر المشترك الوحيد بين أساليب علاج ورعاية الأطفـــال المصـــابين بـــالحمى الروماتيزمية يكمن فى ضرورة فـــرض بعـــض القيود على الأنشطة الجسمية والحركية . هذه الضرورة تملئ الحاجة إلى بذل جهود مستمرة لتعويد الطفل أن يعيش فى نطاق القيود المفروضة على حركته .

وجـــد هولدر أن القيود التى تفرض على حركة الأطفال مرضى القلـــب تذكرهم دائما بحالتهم المرضية . قد يتقبل الطفل القيود المفروضـــة علـــيه أثناء الحالة الحادة للمرض ، إلا أن الطف يواجه صعوبة بالغة فى تفهم الضرورة إلى النشاط المحدود بعد انـــتهاء هـــذه الفترة . عندما يشعر الطفل أنه اصبح فى وضع افضـــل ممـــا كـــان عليه من الناحية الصحية ، فإن هذه القيود تصـــبح أمرا بعيدا عن الفهم بالنسبه له . يترتب على ذلك فى كثـــير مـــن الأحيان ممارسة الوالدين وغيرهم من الأخصائيين لأشكال مختلفة من الضغوط بهدف الإبقاء على حركة الطفل فى حدود القيود المفروضة مما يخلق مصدرا دائما للصراع . كذلك ، فإن قلق الوالدين الزائد تجاه مرض الطفل قد يؤدى بهما إلى فـــرض ضـــوابط وقـــيود على حركته بأكثر مما تتطلب الحالة

بـــالفعل . ليس غريبا ــ أذن ــ أن تتكون لدى الأطفال لمرضى بـــالحمى الروماتيزمية مشاعر الكراهية والاعتراض والمقاومة للقيود المفروضة على حركتهم وأنشطتهم . يعبر هؤلاء الأطفال عادة عن استيائهم عندما يستبعدون من مواقف اللعب والحركة فـــى إطـــار النظام المدرسى ، كما انهم يشعرون باختلافهم عن زملائهم الآخرين .

بوجه عام ، يبدو الأثر الواضح لفرض القيود على حركة الطفل فى تقوية الميول العدوانية ، ومشاعر القلق ، وانخفاض تقدير الذات واحترامها ، وعدم الإحساس بالأمن والطمأنينة . الأطفال الذيـــن يســـتجيبون بطريقة سلبية لهذا الموقف يتقبلون القيود المفروضـــة علـــيهم وينصـــاعون إليها ، إلا أن أطفالا آخرين يتميزون بمقاومة هذه القيود ويرفضون الرضوخ لها .

استراتيجيات التربية الخاصة

لعديـــد مـــن الســـنوات تشير الدراسات إلى أن أطفال المرحلة الابتدائـــية المصابون بالحمى الروماتيزمية ــ بوجه عام ــ اقل مـــن زملائهم العاديين فى مستوى التحصيل الدراسى ، هذا مع وجـــود مدى واسع من التباين بين الأطفال فى هذا المجال .من

المعـــتقد أن عــدم مواظبة الأطفال مرضى الحمى الروماتيزمية علـــى الدراسة يعتبر سببا رئيسيا فى قصورهم فى التحصيل . الاســـتراتيجيات التى تعتمد على تعليم هؤلاء الأطفال فى فصول تعليمية داخل المستشفيات أو المراكز العلاجية ، أو استراتيجات التعليم المنزلى تعتبر ضرورية لحماية هؤلاء الأطفال من التأخر الشديد فى التحصيل عما تمكنهم منه طاقاتهم وإمكانياتهم . أن المشـــكلة الطبية الخاصة بالمرض فى حد ذاته لا يترتب عليها مشـــكلة خاصـــة فـــى الـــتعلم . يترتب على ذلك أن التحصيل الدراســـى لهـــؤلاء الأطفـــال يمكن أن يسير بمعدل لا يقل عن معدلات التعلم عند الأطفال العاديين .

٢ – إضطراب الجهاز الغدى

الديابيطس مرض السكر

يعتـــبر الديابيطس ، أى مرض السكر حالة مزمنة من ارتفاع مستوى السكر فى الدم والبول . على الرغم من أن هذا المرض يعتـــبر مـــن الناحية العلمية اضطرابا جينيا اكثر منه اضطرابا غذيا ، إلا أن الحالة تتضمن عملية الايض للكربوثيدرات . تفرز غدة البنكرياس فى الحالات الطبيعية هرمونا خاصا يعرف باسم

الأنســولين ، وهــو الهــرمون الذى يستخدم لتسهيل احتراق الجلوكوز السكر الذى يعتبر مصدر الطاقة للأنسجة المختلفة فى جسم الإنسان .

بالنســبة للشــخص المريض بالسكر ، قد يفرز البنكرياس قدرا ضــئيلا مــن الأنسولين ، أو قد يعجز عن إفراز هذا الهرمون تمامــا . يترتب على هذه الحالة عدم احتراق السكر ، ومن ثم يــتجمع ويتركز فى دم المريض . ينتقل هذا السكر فى مرحلة تالــية إلــى البول ، تحاول الكليتان تجنب الجلوكوز عن طريق ســحب المــاء مــن الجسم مما يتسبب عنه إحساس المريض بالعطش الشديد . ونظرا لان الجسم لا يستطيع استغلال المواد الكربوثيدراتــية بــدون الأنسولين لأغراض توليد الطاقة ، يلجا الجســم إلــى استهلاك الدهون المخزونة بدلا من ذلك . تحويل الدهــون المخــزونة فى الجسم إلى طاقة يتخلف عنه أحماض كفضلات فى البول .

إذا استمرت الحالة على هذا النحو ينتج عنها نقصان شديد فى الــوزن ، أو زيــادة فى حموضه الدم ، أو حالة من الغيبوبة .

تعتــبر العوامــل الوراثــية ، وتلــف الغدد ، وبعض المظاهر السيكولوجية الأخرى من اكثر العوامل المسببة لمرض السكر .

الأساليب العلاجية لمرض السكر

يعتــبر الحقــن بالأنسولين وسيلة الضبط الأساسية طوال حياة الطفــل المــريض بالسكر . فى بعض الحالات تستخدم العقاقير بدلا من الأنسولين أو بمصاحبته . كذلك فإن ضبط نظام الغذاء يستمر كجزء متكامل من أسلوب الحياة الذى يستلزم من الفرد التكــيف له . بطبــيعة الحال ، تقع على أسرة الطفل فى المقام الأول ، وعلــى مدرســيه وزملائــه ، مسؤولية تدعيم الأهمية الحــيوية لهــذه المظاهــر العلاجية عند الطفل المريض . هذه المظاهر العلاجية يجب أن تمارس مع الطفل بذكاء وفعالية فى نفــس الوقت لضمان المحافظة على صحته . إلا أن جميع هذه الأساليب العلاجية لا تخلو من آثار سيكولوجية واضحة .

الاعتبارات السيكولوجية فى مرض السكر

بالإضـــافة إلـــى المؤثرات السيكولوجية العامة للمرض المزمن الـــتى ســـبقت مناقشتها ، فإن لمرض السكر دلالاته الخاصة . يعتبر مرض السكر فى الطفولة من الأمراض التى تحمل دلالات

تتميز بالخطورة ، فهو يمثل حالة طويلة الأمد كما أنه يحمل دلالات مهددة للحياة ذاتها . يشعر الأطفال مرضى السكر عادة بأنهم فى حالة صحية عادية إلى أن يفاجئوا باكتشاف المرض . خلال وقت قصير بعد ذلك يشعرون بالحالة المرضية بشكل واضح تماما . مرض السكر يعنى وعى الطفل المستمر وإدراكه المتواصل للخطر . يكمن مصدر الخطر الذى لا ينتهى فى خوف الطفل من حدوث نقص جلوكوز الدم واحتمالات الإغماء . كذلك فإن احتمال حدوث مضاعفات فى الأوعية الدموية يمثل أحد الأخطار المتوقعة أيضا . يترتب على كل ذلك أن مشاعر الخوف تحيط بحياة الطفل مريض السكر بشكل دائم . ومما يؤدى إلى مضاعفة تعقيد هذه المخاوف ، النقص الشائع فى تفهم المرض سواء من جانب الطفل نفسه أو من جانب الوالدين .

سبق أن ناقشنا استجابات الوالدين للأمراض المزمنة بوجه عام . تظهر مثل هذه الاستجابات بشكل واضح فى حالة إصابة الطفل بمرض السكر نظرا للمسؤولية الحيوية التى تقع على كاهل الأم ، والتى تتمثل فى الضبط اليومى للحالة المرضية .

تـدرك ألام ــ بمـا لا يـدع مجالا للشك ــ أن الحالة الصحية لطفلها ، بل وربما حياته أيضا ، تتوقف على مدى قدرتها على أن تجعل الطفل يرضخ للقيود ويتبع النظام الذى تفرضه الحالة المرضـية عليه . بطبيعة الحال ، يتوقف مدى النجاح أو الفشل فـى ضبط النظام اليومى للطفل مريض السكر على مجموعة من الاعتبارات السيكولوجية السائدة فى العلاقات الأسرية . لعل من ابرز الاعتبارات السيكولوجية فى مرض السكر ما يأتى : ــ

أ ــ أن الـنظام المقـيد الذى يفرض على الطفل مريض السكر ينطوى على بعض مصادر الإضطراب السيكولوجى . قام فيشر بدراسـة تتـبع فيها مجموعة من الأطفال مرضى السكر لمدة عشـر سنوات . اوضحت نتائج هذه الدراسة أن ضرورة فرض القـيود على نظام تغذية الطفل ــ على الرغم من أنها اصبحت اكـثر مرونة مع استخدام الانسولين ــ لا تزال تمثل جانبا هاما فـى الضبط اليومى للحالة المرضية . ينتج عن ذلك عادة نمو بعـض المخـاوف ومشـاعر القلـق لدى الوالدين تجاه بعض الاطعمة وبصفة خاصة الخوف من المواد الكربوئيدراتية . نظرا لان الأطفـال مرضى السكر يتناولون نفس الاطعمة تقريبا يوما

بعــد يــوم ، فإن هذا النقص فى تنوع المواد الغذائية غالبا ما يثــير لديهم الميل إلى المقاومة والتمرد . ينتج عن ذلك فرض أســاليب من العقاب من جانب الوالدين على الأطفال ، ومن ثم يصبح الغذاء مجالا من مجالات الصراع بين الطفل والوالدين . يؤدى هذا الموقف فى كثير من الأحيان إلى خلق مشاعر الذنب عـند الأطفــال . يترتــب على كل ذلك وجود دائرة مفرغة هى زيادة الشعور بالذنب وزيادة الصراع وزيادة الشعور بالقلق .

ب ـ ربمــا كــان مــن اكثر المظاهر أهمية فى الضبط اليومى للحالة المرضية الحقن بالانسولين . هذه الضرورة ـ اكثر من أى مظهــر آخــر فى رعاية الطفل مريض السكر ـ تؤثر على الحــياة الانفعالــية والعاطفية للطفل . غالبا ما تكون المؤثرات الانفعالــية للحقــن بالانســولين ذات طابع سلبى ضار . بعض الأطفــال يــنظرون إلى هذا الأسلوب العلاجى على أنه نوع من العقــاب لهــم . هذا بالإضافة إلى رد الفعل السيكولوجى للحقن بالانســولين الذى قد يسبب بعض الاضطرابات للطفل . الخوف من رد الفعل الناتج عن الانسولين قد يسبب ازعاجا للوالدين ، ويــزداد هذا الازعاج بصفة خاصة إذا حدث هذا الاثر بالليل .

يظهر رد فعل الانسولين فى شحوب الوجه واصفراره ، وتصبب العرق ، والاغماء فى بعض الأحيان .

ج ـ المظهر الثالث للقيود لضبط الحياة اليومية للطفل مريض السـكر يتمـثل فـى ضرورة فحص البول . نظرا لخبرة الطفل الطويلـة بـالفحوص والتحالـيل يبدأ فى الشعور بالقلق تجاه عينات البول ونتائج تحليلها .

مـن ناحـية أخـرى ، تنتشر ظاهرة التبول الليلى بين الأطفال مرضـى السـكر نتـيجة لزيادة شعورهم بالعطش اثناء النهار وتـناولهم لكميات كبيرة من الماء . قد يكون التبول الليلى أحد مظاهر مرض السكر عند الأطفال ، لكنه بطبيعة الحال قد يختلط بالتـبول اللـيلى الذى يعتبر أحد أعراض الإضطراب الانفعالى والعاطفى . على أى حال ، ظاهرة التبول الليلى تزعج الوالدين كما تزعج الطفل مريض السكر فى نفس الوقت . مرة أخرى ، تكون العلاقات الاسرية ، والاتجاهات السائدة فى محيط الأسرة من العوامل ذات الأهمية البالغة فى مواجهة هذا الموقف .

د ـ يتمـثل أحـد المتغيرات الأخرى فى ضبط الحالة المرضية للطفـل مريض السكر فى القيود التى تفرض على نشاط الطفل

وحركته . يكون القصور فى النشاط الجسمى ناتجا عن الخوف مـــن الصدمة نظرا للفصد السريع لسكر الدم عند القيام بأنشطة وتدريبات حركية شاقة .

- تكـــون القيود على الحركة ملحوظة بصفة خاصة عندما يكون الطفــل مريض السكر صغير السن وغير قادر تماما على تنظيم حياته الذاتية ، إلا أن هذه القيود تستمر بعد ذلك . فى مثل هذه الحالات تكون الحياة الاجتماعية للطفل محدودة وقاصرة أيضا . علـــى ســـبيل المـــثال ، لا تسمح الأسرة للطفل مريض السكر بالمشاركة فى الحفلات أو المناسبات الاجتماعية للخوف من أن يفـــرط فـــى تناول الاطعمة غير المسموح له بها . علاوة على ذلـــك ، يخشـــى الوالـــدان ترك الطفل بعيدا عن انظارهما فترة طويلة من الوقت لخوفهما من رد فعل الانسولين الذى يمكن أن يحـــدث للطفـــل فى اية لحظة . لذلك يواجه الطفل صعوبات مع الأســـرة فيما يتعلق بالرحلات أو الزيارات أو ما شابه ذلك من الأنشـــطة . هـــذه الصعوبات تعطى للطفل احساسا متزايد بأنه يختلف عن الأطفال الآخرين .

الخصائص السلوكية الثانوية

نظــرا للقــيود المخــتلفة التى تفرض على نظام التغذية وعلى الأنشــطة وعلــى العلاقــات الاجتماعية ، يدرك الطفل مريض الســكر نفسه علىلا أنه شخص مختلف عن الآخرين . التوتر الانفعــالى الناتج عن هذا الاحساس يمكن أن يتسبب فى ظهور أشــكال غــير مــرغوب فــيها مــن السلوك وخاصة السلوك الاجــتماعى ، كمــا أنــه قــد يؤثــر علــى العمليات الايضية نيومان ١٩٦٧ . قد يحقق الطفل التوافق لهذا الموقف أما بأن يصــبح قلقا بدرجة مبالغ فيها مما يجعله يشعر بالخوف ، واما بــأن يظهــر اشكالا من السلوك القهرى ويبدو مشغولا بدرجة زائــدة بحالــته المرضية . نظرا لهذا المظهر الانفعالى لمرض السكر من اثر على الطفل ، تعتبر معالجة المشاعر والاحاسيس جزاء هاما من الخطة العلاجية .

كذلــك فإن تقليل الوقت الذى يقضيه الطفل مع المسؤول الطبى إلــى اقل حد ممكن ، مما يساعد الطفل على التخفيف من حالة القلق ، يعتبر من العوامل الأساسية فى العلاج .

كما اشرنا من قبل ، تصبح الأمور المتعلقة بنظام الغذاء مصدرا للخــلاف والصــراع بين الطفل وافراد أسرته . يستخدم الطفل بعــض الأساليب مثل محاولة الاخلال بنظام الغذاء كسلاح ضد الوالديــن . إلا أن مــن اكــثر الفــترات المشحونة بالانفعالات بالنسبة للطفل مريض السكر هى لحظات الحقن بالانسولين .

كثــيرا ما ينظر الطفل إلى هذا الأسلوب العلاجى على أنه نوع من العقاب ويحاول تجنبه كلما كان ذلك ممكنا .

عــادة مــا تكون استجابات الأسرة نحو الطفل باحدى طريقتين واضحتين هما : الحماية الزائدة للطفل ، أو الرفض المستتر له كولســير ١٩٧١ . كــلا النوعين من الاستجابات مؤلم بالنسبة للطفــل ، ويمكــن أن يعــوق الــنمو العادى لشخصيته بشكل واضـــح . بــناء على التكوين الشخصى للطفل ، أما أن يكون ثائــرا وعدوانــيا ومحطما لذاته ، واما أن يكون سلبيا ومعتمدا اعتمادا كبيرا على الآخرين .

يلعــب المعلمــون دورا هاما فى مساعدة الطفل مريض السكر علـــى تحقيق التوافق . يحتاج الطفل لان يشعر بأنه مقبول من

الآخرين ، وأن يعامل كما يعامل أى طفل عادى مع التأكيد على نموه التعليمى والانفعالى .

استراتيجيات التربية الخاصة

بوجه عام ، تتم مواجهة حاجات الطفل مريض السكر فى إطار العمـــل الدراسى العادى . المتطلب الخاص الوحيد هو أن يكون المـــدرس واعيا بالعلاج الطبى اللازم للطفل ، وأن يقوم بتدعيم ســلوك الطفــل للمحافظــة على التحكم والضبط لنظام الغذاء ، وعلـــى الانــتظام فـــى تطبـــيق العـــلاج الطـــبى . لقـــد وجد فـــريدلاند ١٩٧٦ أن معـــرفة المدرســـين والمرشدين النفسين لمـــرض الســـكر ليســـت ملائمة ، وأن الاعداد الخاص لهؤلاء الأخصائيين امر ضرورى . كذلك من المهم بالنسبة للمسؤولين المدرسين أن يقوموا بعملهم وهم على صلة وثيقة بأسرة الطفل مريض السكر من اجل تحقيق الاهداف التعليمية لهذا الطفل .

إضطراب الجهاز العضلى صقلى

التهاب المفاصل

التهاب المفاصل من الاضطرابات المرضية الخطيرة التى تسبب للمصاب بها الما بالغا يمكن أن يؤثر على الجسم ككل . يصيب

المـــرض مفاصل الجسم فى البداية ، إلا أنه لا يتوقف عند هذا الحـــد بـــل يمكـــن أن يمـــتد بحيـــث يؤثر على الرئتين والجلد والعضـــلات والقلب بل وربما العينين أيضا . يعتبر هذا المرض مرضـــا مزمـــنا ، ربمـــا يختفى المرض لبعض الوقت ، إلا أنه ســـرعان مـــا يظهـــر مـــن جديد . على الرغم من أن التهاب المفاصل يمكن أن يصيب الإنسان فى أى سن ، إلا أنه غالبا ما يصيب الأطفال فيما بين سن سنة ونصف واربع سنوات .

العوامل المسببة لمرض التهاب المفاصل ليست واضحة تماما ، إلا أنـــه لوحـــظ أن كثيرا من الأطفال يصابون بالتهاب الجهاز التنفسى قبل ظهور المرض .لما كان التهاب المفاصل يمكن أن يـــؤدى إلـــى الإصـــابة بعديـــد مـــن امراض الطفولة الخطيرة الأخـــرى ، فـــإن الطبيب الذى يقوم بتشخيص الحالة المرضية يكـــون بحاجـــة إلـــى أجـــزاء عديـــد من الفحوص على الطفل المريض .

نظـــرا للالـــم المبرح الذى يشعر به الطفل فى مفاصل الجسم ، يكون نشاط هذا الطفل محدودا للغاية . هذا المرض ، وأن كان

لــيس بالضرورة مهددا لحياة الفرد ، إلا أن المصاب به يشعر بالام شديدة ، كما يشعر بتصلب مفاصل الجسم .

ما يقرب من نصف الأطفال الذين يصيبهم هذا المرض يشعرون باخــتفاء اعراضـــه اختفاء تاما ، بالإضافة إلى عدم وجود اية دلالات على العجز أو القصور ، وحوالى ربع هؤلاء الأطفال قد يشــعرون بتــناقص أعراض المرض ، مع وجود بعض مظاهر العجــز الجــزئى ، أمـــا البقــية الباقية من الأطفال المصابين بالمرض فانهم يعانون من بعض الأعراض النشطة مثل صعوبة حركة العضلات وما يصاحب ذلك من الام شديدة .

فـــى الوقت الحاضر تعتبر احتمالات العلاج والشفاة من التهاب المفاصـــل عالـــية نسبيا ، إلا أن الانقطاع عن الدراسة لفترات متراوحة من الوقت من الأمور التى لا يمكن تجنبها . كذلك فإن الأنشـــطة المدرسية وخاصة تلك التى تجرى فى الملاعب والتى تحـــتاج إلـــى مهارة الحركة ومرونتها ، تحتاج إلى تعديل حتى تتناســـب مـــع القصور الذى يعانى منه الطفل المصاب بالتهاب المفاصل .

يستطيع المـرء أن يميز وجهتى نظر مختلفتين فيما يتعلق بالاسباب المؤدية إلى الإصابة بالتهاب المفاصل . ترى إحدى هاتين النظرتين أن هـذا المرض يرجع إلى نوع خاص من الفيروسات ، فى حين أن النظرية الأخرى ترجع المرض إلى خلل فى النظام الدفاعى فى جسم الإنسان ، وفى هذه الحالة يتم افراز اجسام مضادة تهاجم مفاصل الجسم نفسه وانسجته .

الأساليب العلاجية لالتهاب المفاصل

يمكن أن يلعب المعلمون دورا له اهميته ودلالته فى إطار جهود الفريق الذى يعمل مع الطفل المصاب بالتهاب المفاصل . يتضمن أسلوب العلاج ـ بحكم طبيعة المرض ـ توفير نمط جيد من الراحة للطفل ، والقيام بالتدريب والتمرينات تحت اشراف الطبيب المختص ، وعمليات التدليك ، والعلاج الطبيعى الخاص والارشاد النفسى للتخفيف من حالة التوتر والضغوط الانفعالية ، كل هذا مع توفير نظام جيد التوازن من التغذية .

لا يوجد حتى الان عقار وحيد يمكن أن يحقق الشفاء التام من التهاب المفاصل . يعتبر عقار الكورتيزون مفيدا إلا أن من الواجب أحكام الاشراف والسيطرة على استخدام هذا العقار

نظــرا للآثـــار الجانبـــية الضـــارة الـــتى يمكن أن تتربت على استخدامه لفترات طويلة .

تعتـــبر التدريـــبات التى تهدف إلى تنمية جميع عضلات الطفل وتقويـــة هذه العضلات امرا ضروريا ، إلا أنه يجب إجراء هذه التدريـــبات فى السنوات التكوينية الأولى من حياة الطفل . من ناحية أخرى ، يعتبر العلاج الطبيعى من الأمور بالغة الأهمية . كذلك تعتبر عمليات تدليك العضلات بالماء الساخن ، والعمليات الجراحية ، والوسائل التعويضية من الأساليب الإضافية الأخرى الـــتى تســـاعد الطفل على أن يساير الحالة المرضية ، ويحقق الاستقلال فى الحركة بقدر الاماكن .

طبـــيعى أن تقديـــم هذه الخدمات المنوة للطفل المصاب بالتهاب المفاصــــل يتطلـــب بالضـــرورة تعـــاون المعلميـــن والابـــاء والاخصائيين الصحيين ، وتبادل المعلومات الخاصة بالطفل فيما بينهم . بذلك يستطيع المعلم أن يميز الأنشطة التى من الواجب فـــرض قـــيود عليها بالنسبة للطفل ، وتقدير ما إذا كان التعليم المنزلى لهذا الطفل يعتبر استراتيجية حتمية أم لا .

نظرا لاحتمالات وجود تشوهات تكوينية عند الأطفال المصابين بالــتهاب المفاصــل ، فــإن هــؤلاء الأطفال يميلون إلى تجنب الاتصــال بالاخريــن ، كمــا انهم قد يكونوا مفهوما سلبيا عن الــذات . شعور الطفل بالدونية وبأنه اقل استحقاقا وتقديرا من زملائــه ، يمكــن أن تكــون أمورا ملحوظة تماما . ليس من المســتغرب والحــال كذلك ، أن يصبح الطفل المصاب بالتهاب المفاصــل شــديد الحساســية للنقد الذى يوجه إليه من جانب الآخريــن ، وأن يميل إلى الاعتماد على الآخرين إلى حد بعيد ، وأن تظهــر علــيه مشاعر الاحباط نتيجة للقيود الجسمية التى يفرضها المرض عليه . من الملاحظات الشائعة أيضا أن هؤلاء الأطفال يجدون صعوبة فى التعبير عن انفعالات الغضب بالطرق والاســاليب المقبولة ، ويعبرون عن هذه المشاعر ـ فى كثير مــن الأحــيان ـ بأســاليب وطــرق غــير مقــبولة اجتماعيا كليفلاند ١٩٧٠ .

علــى الوالدين تجنب أساليب الحماية الزائدة للطفل إذ أن مثل هــذه الحمايــة يمكــن أن تزيد من مشكلات الطفل على المدى

البعـــيد . أن فشـــل الطفل فى الحصول على المساعدة والعون يمكن أيضا أن يسبب مشاعر العزلة والغربة وبصفة خاصة إذا كـــان الموقـــف الأسرى يبنى على ضرورة اعتماد الطفل على الآخرين ، وعلى أنه يختلف تماما عن الطفل العادى .

استراتيجيات التربية الخاصة

فـــى ظل المفهوم الداعى إلى ضرورة تحقيق تكامل الطفل غير العـــادى فـــى إطـــار نظم التعليم العادية ، يزداد احتمال اتصال المعلمين فى المدارس العادية بالطفل المصاب بالتهاب المفاصل اتصـــالا مباشـــرا . فى الحالات المتقدمة والخطيرة من المرض تكون استراتيجية التعليم المنزلى ، أو التعليم فى نطاق الفصول الملحقـــة بالمستشـــفيات ، وغير ذلك من الترتيبات ذات الطبية الخاصـــة ، أمـــورا لا غـــنى عنها . مع وجود أساليب العلاج المتعددة التى تهدف إلى تقليل حدة أعراض المرض ، يستطيع معظـــم الأطفـــال الـــبقاء فـــى الفصول التعليمية العادية ، أما اســـتراتيجية المـــدارس الخاصـــة بمثل هؤلاء الأطفال ، فانها مفضلة فقط على أساس محكات طبية محددة .

بوجه عام يمكن القول بأن خصائص الحرية الذاتية ، والاعتماد علـــى النفس ، والقدرة على تحمل المسؤولية التى يكون الطفل المصاب بالتهاب المفاصل بحاجة إلى تنميتها وتطويرها ، يمكن أن تتوفر على نحو افضل فى إطار النظام التعليمى العادى .

ب ــ

التلف العضلى

يظهـــر هـــذا المـــرض على شكل تلف أو تدهور فى العضلات الاراديـــة فـــى الذراعين أو الساقين . فى هذه الحالة المرضية يحل محل الالياف والانسجة العضلية فى الجسم انسجة دهنية . بطبيعة الحال ، فقدان الالياف العضلية بضعف الأطراف .

طبـــيعة التلف العضلى غير معروفة تماما حتى الان . لعل هذا هـــو السبب الذى ادى برابطه التلف العضلى الامريكية ١٩٧٦ إلـــى استخلاص حقيقة هامة هى عدم وجود مرض واحد يطلق عليه التلف العضلى ، لكن توجد حالات متنوعة من هذا التلف . قـــد تخـــتلف أشـــكال الإصـــابة بالتلف العضلى باختلاف النمط الوراثى للفرد ، وباختلاف السن عند الإصابة ، ونوع العضلات التى اصيبت فى البداية ، والمعدل الذى تتضاعف به الحالة .

الأساليب العلاجية

لا يوجـد فـي الوقت الحاضر علاج للشفاء من الإصابة بالتلف العضـلى والتدهور التدريجى فى العضلات ، بوجه عام ، يمكن القول أنه كلما ظهرت الإصابة فى وقت مبكر من حياة الطفل ، كلمـا كـان معدل التدهور اسرع ، وقد تحدث الوفاة نتيجة لما يعانـيه المـريض مـن صـعوبة فى التنفس . ثبت أن العلاج الطبيعى قيمته وفائدته فى تأخير حدوث تقلصات فى العضلات ، كمـا أن اسـتخدم المضـادات الحيوية يعمل على تحسين حالة الطفل ويؤخر الإصابة فى الجهاز التنفسى .

الخصائص السلوكية الثانوية

حـتى إذا لم تتأثر القدرات العقلية للطفل نتيجة للإصابة بمرض الـتلف العضـلى ، فـإن ما يؤدى إليه هذا المرض من فقدان القـدرة على الحركة يتسبب فى إعاقة النشاط الاجتماعى للطفل ممـا يؤدى إلى التخلف فى نمو العلاقات الفعالة مع الآخرين . فـى محاولـة من جانب الطفل لمسايرة التدهور التدريجى فى العضـلات يمكـن أن نلاحظ عليه مظاهر السلوك الانسحابى ،

وفقـــدان الاهـــتمام بالاخرين ، والميل إلى السلبية ، والتمركز حول الذات .

إحـــدى الحاجـــات الأساسية للأطفال المصابين بتلف العضلات تكمن فى تنمية شعورهم بالثقة بالنفس ، غالبا ما يكون تحقيق هـــذا الهدف ممكنا من خلال تعليم هؤلاء الأطفال القيام ببعض الواجـــبات البدنية النمائية الضرورية كارتداء ملابسهم وتناول طعـــامهم بأنفسهم وتناول الاشياء بأيديهم .. الخ ويمكن تدعيم المظاهـــر الســـلوكية الـــتى تـــنم عن الثقة بالنفس عند الطفل المصاب بالتلف العضلى من خلال التعبير الواضح عن الارتياح والـــتقدير واساليب التشجيع الأخرى كلما قام الطفل بأداء جيد فى المجالات المختلفة للانشطة الحركية .

استراتيجيات التربية الخاصة

الهـــدف المـــبدئى للأطفـــال المصابين بالتلف العضلى فى سن المدرســـة هـــو الابقاء على هؤلاء الأطفال فى الاطار المدرسى كلمـــا كان ذلك ممكنا . عندما تكون استراتيجية التعليم المنزلى ضـــرورية نظـــرا لضعف عضلات الطفل بدرجة خطيرة ، يجب

اتاحة الفرصة أمام هؤلاء الأطفال للمشاركة فى جميع الأنشطة الممكنة سواء العقلية منها أو التعليمية أو المهنية .

التوافق الشخصى والاجتماعى

للأطفال المصابين بحالات العجز الجسمى

لعل اكثر الواجبات صعوبة فى التعامل مع الأطفال المصابين بحالات من العجز الجسمى يكمن فى مجالات توافق الشخصية . من الملاحظ أن عددا كبيرا من هؤلاء الأطفال استطاعوا تحقيق شكل جيد من التوافق فى أساليب حياتهم ، وتمكنوا من استخدام طرق للتكيف مع المواقف التى كان يمكن أن تمثل حالة بالغة من الاحباط والفشل .

من ناحية أخرى ، فإن هؤلاء الأطفال – فى مجموعهم – يظهرون ميلا شديدا نحو نظرة ذاتية استبطانية للحياة يكون محورها دائما هو الإعاقة والاثار التى تترتب عليها . بكشف عن هذا الموقف بشكل واضح تلك النتائج التى استخلصها باركر واخرون ١٩٥٣ عندما قاموا بمسح للبحوث التى اهتمت بدراسة التوافق عند الأفراد المصابين بعجز جسمى بشكل أو بآخر . على الرغم من أن عددا كبيرا من هذه الدراسات اهتم

بدراسة الأطفال . بطبيعة الحال ، فإن الالمام بكل هذه الدراسات وعرضها يكاد يكون مستحيلا فى مثل هذا الكتاب ، لذلك نعرض فـيما يلـى الادلة والشواهد التى كشفت عنها دراسات التوافق لدى المصابين بالعجز الجسمى فى ضوء بعض التعميمات التى يمكـن استخلاصـها مـن هـذه الدراسـات . هذه التعميمات تشمل : ـ

١ – كثـير من الدراسات اظهرت أن الأطفال المصابين بالعجز الجسـمى تـبدو علـيهم أشكال السلوك التى يطلق عليها عادة سـوء الـتوافق بصـورة اكثر مما يظهره غيرهم من الأطفال العاديـين . ممـا تجدر الإشارة إليه أنه حتى فى تلك الدراسات الـتى اظهـرت درجـة اكـبر مـن سوء التوافق بين الأطفال المصـابين بالعجـز الجسمى ، فإن نسبة تتراوح بين ٣٥ % و ٤٥ % مـن هـؤلاء الأطفـال اظهروا درجة من التوافق لا تخـتلف عمـا اظهـره زملاؤهـم مـن الأطفال . نستطيع أن نستخلص من مجموع هذه الدراسات تعميما مؤداه أنه بالإضافة إلـى الإصـابة بالعجز الجسمى توجد متغيرات أخرى لا يمكن تجاهلها تلعب دورها وتسبب سوء التوافق فى بعض الحالات .

٢ – أن الأشـكال المخـتلفة لسلوك سوء التوافق التى كشفت عـنها هذه الدراسات لم تكن بالضرورة اشكالا سلوكية خاصة بالمصـابين بعجز جسمى . أن كل نمط من انماط سوء التوافق وجـد بين المصابين بالعجز الجسمى ، يوجد أيضا لدى غيرهم مـن الأطفال العاديين ، ربما كانت مظاهر السلوك الانسحابى ، والميول العدوانية ، والجبن ، والسلوك المتمركز حول الذات ، اكـثر وضـوحا لدى الأشخاص المصابين بالعجز الجسمى عما يوجد عادة بين الأفراد المصابين .

٣ – لا يـبدو أن هناك دلائل على وجود علاقة بين نوع العجز الجسـمى وبين شكل معين من أشكال سوء التوافق . هذا يعنى أنـه قد ينتج عن نفس النوع من العجز الجسمى انماط متباينة من سوء التوافق ، وايضا فإن الأطفال المصابين بأنواع مختلفة مـن العجـز الجسمى يمكن أن يظهروا نفس الانماط من سوء التوافق .

٤ – تشـير نـتائج الدراسـات إلى أن الشخص الذى يتوفر له تـاريخ طويـل فى الإصابة بالعجز الجسمى قد يعانى من سوء الـتوافق بدرجة اكبر مما يعانى الشخص الذى تعتبر خبرته فى

العجز الجسمى قصيرة ومحدودة . فى مراحل المراهقة والرشد تكــون شخصــية الفرد قد اكتمل تكوينها تقريبا . ومن ثم فإن الإصابة بالعجز الجسمى التى تحدث فى مثل هذه السن ربما لا تغير كثيرا من الخصائص الثابتة فى شخصية الفرد .

٥ – أن اتجاهــات الوالديــن نحــو ابــنائهم المصابين بالعجز الجسمى ــ سواء ظهرت هذه الاتجاهات فى شكل رفض لهم أو فى شكل حماية زائدة تجاهم ــ تميل لان تكون على درجة اكبر من التطرف عما يوجد عادة فى الاتجاهات الوالدية نحو الأطفال العاديين . يميل أباء وامهات الأطفال المصابين بعجز جسمى ، فى كثير من الأحيان ، إلى اعتناق اتجاهات الحماية الزائدة نحو ابــنائهم اكــثر مــن اعتــناقهم لاتجاهات الرفض نحوهم . إلا أنه ــ من ناحية أخرى ــ فإن الآباء والامهات يمارسون عادة ضــغوطا على ابنائهم المصابين بعجز جسمى لتحقيق مستويات اعلى من الأداء والانجاز .

تشــير الدراســات بوجــه عام إلى أن الاختلاف بين مشكلات الــتوافق التى تواجه المصابين بعجز جسمى ، ونبين المشكلات التى تواجه الأشخاص العاديين هو اختلاف فى الدرجة اكثر منه

اخــتلاف فى النوع . أن هذه المشكلات تمثل عوائق فى سبيل الأداء والانجــاز ، كما تتطلب وضع اهداف تقع فى نطاق قدرة الفرد على الأداء . أن الضيق الشديد فى مجال الأنشطة بالنسبة للمصــابين بالعجــز الجسمى يفرض بالضرورة درجة اكبر من الضــبط على المتغيرات البيئية ، كما يتطلب تقديم قدر اكبر من العــون لهــم للقــيام بالاشكال الضرورية من التوافق النفسى والانفعالى .

فــى ضوء الدراسات التى اجريت لحالات من الأطفال المصابين بالعجــز الجسمى ، وعلى أساس من الدراسات المقارنة ، التى هدفــت إلــى مقارنـــة الأطفال المصابين بعجز جسمى بالاطفال العاديـيــن ، يمكــن لنا أن نتأمل فى بعض العوامل والمتغيرات التى تتضمنها عملية التوافق على النحو التالى : —

١ – الدافعية

لا يخــتلف الأطفـــال المصابون بالعجز الجسمى عن غيرهم من الأطفال العاديين من حيث أن لدى كل منهم امالهم وطموحاتهم الخاصــة بهــم ، وأن هــذه الامـــال والاهداف هى التى تحدد اتجاهـــات الدافعــية لدى كل منهم . الحاجات الأساسية للأطفال

المصابين بعجز جسمى هى نفس حاجات الأطفال العاديين ، إلا أن وسـائل المصابين بالعجز الجسمى وطرقهم فى اشباع هذه الحاجـات تكـون ـ بالضـرورة ـ مختلفة نوعا ما . يحتاج الأطفـال المصابون بعجز جسمى احيانا إلى نوع من المساعدة لارشـادهم وتوجـيههم للوقـوف علـى طرق تتميز بالواقعية لتحقـيق اشـباعات معيـنة لحاجـاتهم تقع فى إطار قدراتهم وامكانـياتهم . الفجـوة بيـن قـدرات الأطفال المصابين بعجز جسمى على الأداء ، وبين امالهم ومستويات طموحهم هى التى تخلق مواقف الاحباط والتوتر والشعور بعدم الارتياح والاشكال المخـتلفة للسلوك التعويضى . لعل من المناسب ـ على ضوء هـذا المـبدا العام ـ أن نتعرض لامثلة من الحاجات الأساسية ذات الصـبغة العامـة لافـراد البشر وموقف المصابين بعجز جسمى من هذه الحاجات .

أ ـ الحاجة إلى الانتماء والتمييز

تعتـبر الحاجـة لان يشـعر الفرد بأنه مميز كشخص له قيمته واستحقاقه من الحاجات العامة للجنس البشرى . أن الفرد مهما بلـغ من العمر أو المركز يسعى للحصول على الموافقة والتقبل

مــن الآخريــن . نظــرا لان المجــتمع يضع عادة قيمة عالية للتكويــن والبــناء الجســمى الســليم ، كما يعطى قيمة للقوة والمقــدرة الجسمية ، يكون من السهل أن يقلل الطفل المصاب بعجز جسمى من قيمته الذاتية نتيجة للقصور الذى يفرض عليه نتــيجة للإصابة فى مثل هذه الخصائص . لذلك يحتاج مثل هذا الطفل فى بعض الأحيان إلى ارشاد وتوجيه من جانب الآخرين حتى يدرك أنه مع فقدانه لبعض الخصائص الجسمية ، فانه فى نفــس الوقت يمتلك خصائص أخرى لا تقل قيمة ولا أهمية عن الخصــائص الــتى فقدها . من الضرورى أن تتاح لهذا الطفل الفرصــة لان يدرك أن كونه فى مكانه اقل من غيره فى بعض الطــرق والاشــكال ، فــإن هــذا لا يعنى أنه فى مركز دونى كشــخص . مثل هذا الادارك عند الطفل يحتاج إلى ما هو اكثر مــن مجرد التأكيد ــ فى الاقوال والاعمال ــ بأنه موضع تقدير وحب الآخرين له لذاته .

ب ــ تحقيق الذات

تعتبر الحاجة إلى تخطى العقبات والعوائق ، والحاجة إلى القيام بالاشــياء بشكل جيد ، والحصول على احترام الآخرين للفرد ،

مـــن الحاجات الملحة فى كثير من الثقافات . لعل توجيه جهود الطفـــل المصاب بعجز جسمى إلى وجهة يستطيع من خلالها أن يحقق النجاح ، ومنحه الشعور بالقدرة على الانجاز ، قد تساعد هذا الطفل على اشباع حاجته إلى تحقيق ذاته .

أن الوضـــع الجســـمى للفرد يعتبر من الأمور التى لا يستطيع الافـــلات مـــنها . من المعروف أن مفهوم الطفل عن ذاته يتأثر إلـــى حـــد بعيد بالمفهوم الذى يكون عن وضعه الجسمى ، أى صـــورة الذات الجسمية . بناء على ذلك ، إذا كان الفرد يعانى من شعور بالغ من الاشمئزاز أو الخوف تجاه وضعه الجسمى ، فـــإن نفس هذا الشعور يمل لان يلتصق بمفهوم الطفل عن ذاته كشـــخص . فى مثل هذه الحالة يكون الطفل بحاجة إلى الارشاد والتوجـــيه الذى يمكنه من بناء مفهوم صحى عن الذات تتكامل فيه حالة العجز الجسمى مع بقية مكونات مفهوم الذات .

ج ـــ الشعور بالامن

يحتاج كل فرد من الأفراد إلى أشكال متعددة من الامن يأتى فى مقدمتها الامن الجسمى والامن العاطفى والامن الاجتماعى . أن أى حالة من حالات العجز الجسمى يمكن أن تكون مصدر تهديد

لامــن الطفل فى أى مجال من هذه المجالات الامنية الأساسية .

فمــن الناحــية الجسمية يواجه هذا الطفل العديد من المواقف والعوائــق الــتى تشعره بالتهديد ، ومن الناحية العاطفية يكون عرضـــه للشــعور بالشك فى نفسه وفى قدراته ، ومن الناحية الاجتماعــية بفــرض علــيه الدخــول فى مواقف للمنافسة مع الآخريــن يكــون فــيها عاجزا عن التنبؤ بالطريقة التى سوف يستجيب بها الاخرون تجاهه .

نظرا لعدم شعور الطفل المصاب بعجز جسمى بالامن كما يشعر به الطفل العادى ، ونظرا لان يلقى نوعا من الحماية الزائدة فى المحــيط الأسرى فى غالب الأحيان ، نتيجة لكل ذلك يتولد لدى هذا الطفل ميل إلى الاعتماد على حماية الآخرين له . وفى كثير من الحالات قد يدوم الاعتماد على الآخرين طوال الحياة . تعتبر مــثل هــذه الاســتجابة نتيجة طبيعية للصراع من اجل اشباع الحاجة إلى الشعور بالامن .

يترتــب علــى ذلــك ضرورة أن توجه الجهود التربوية ــ فى الأســرة أو المدرسة ــ نحو ابدال الأساليب غير المرغوب فيها الــتى يســتخدمها الطفــل المصاب بعجز جسمى للحصول على

الامن ، بأساليب أخرى تتميز بدرجة اكبر من النضوج وبدرجة اكـبر مـن القبول الاجتماعى . على الرغم من أننا لا نستطيع تحقـيق الاسـتقلال الجسمى لمثل هؤلاء الأطفال ، فاننا ـ بلا شـك ـ قـادرون علـى أن نفعـل الكثير بهدف الاقتراب من الاسـتقلال ، ذلك لان الشعور بالامن خاصية نفسية اكثر منها ظاهرة جسمية بحتة .

٢ – الاحباط

كمـا سـبق أن ذكرنا ، فإن لدى الطفل المصاب بعجز جسمى نفس الحاجات السيكولوجية كغيرة من الأطفال العاديين ـ غير أن الأساليب والطرق التى يستخدمها الأطفال المصابون بالعجز الجسـمى لاشـباع هذه الحاجات تعتبر محدودة وقاصرة إذا ما قورنـت بمثـيلاتها المتاحة أمام الأطفال العاديين . علاوة على ذلك ، فإن الحاجات النفسية والاساليب المستخدمة فى اشباعها تـنمو وتتطور عند الفرد من خلال القيم والاهداف السائدة فى الاطـار الـثقافى الذى يعيش فيه . فى الوقت الذى يواجه فيه الطفـل العـادى بعـض العوائق البيئية التى تؤدى إلى شعوره

بالاحــباط فيما يتعلق بأهدافه وطموحاته ، فإن الطفل المصاب بالعجز الجسمى يواجه نمطين من العوائق : ـــ

العوائـــق العاديـــة التى تواجه الأطفال جميعا فى المحيط البيئى الـــذى يعيشون فيه ، والاصابة المعوقة التى تفرض على الطفل صعوبات إضافية .

الاســـتجابة المبدئـــية للاحـــباط هـــى العدوان ، إلا أن الأطفال يتعلمون عادة أن العدوان سلوك غير مقبول من جانب الآخرين . من ثم يتعلم الطفل ابدال العدوان بأنماط أخرى من الاستجابة قد يكون بعضها افضل وبعضها اسوأ يحقق من خلالها تخفيف حـــدة الـــتوتر الناشئ عن الاحباط . يكون الاحباط عادة نتيجة للتـــباعد بين الاهداف التى وضعها الطفل لنفسه أو التى وضعه الاخرون له ، وبين قدرة هذا الطفل على تحقيق هذه الاهداف . عندما يترتب على هذا التباعد نوع من الاحباط يستجيب الطفل المصاب بعجز جسمى للموقف بطريقة واحدة أو بمجموعة من الطرق من بين الطرق الآتية : ـــ

أ ــ قد يسمح الطفل بأن يكون شعوره بالاحباط سبباً فى ميوله العدوانية ، أن لم تتضمن هذه الميول عدوانا جسميا ، فانها قد تنطوى على نوع من العدوان اللفظى .

ب ــ قـد يلجأ الطفل إلى القاء اللوم على الآخرين لاخفائه فى تحقيق اهدافه .

ج ــ قـد يلجـأ الطفل إلى كبت رغباته ويتقبل الموقف بطريقة مـزيفة دون أن يـبذل جهـدا فى البحث عن أشكال أخرى من التوافق .

د ــ قـد يلجـأ الطفـل إلى أشكال السلوك الانسحابى ، أو إلى الاوهام والخيال كطريقة للهروب من الواقع .

هـ ــ قد يوجه الطفل استجابته العدوانية نحو الهدف الاصلى ويحكم على هذا الهدف بأنه لا يستحق التحقيق والانجاز ، وفى نفـس الوقت يقلل من قدر الأفراد الآخرين الذين يحققون نفس الهدف ، وهو أسلوب دفاعى معروف باسم تكوني رد الفعل .

و ــ قد يلجأ الطفل إلى أسلوب النكوص بحيث يرتد إلى أشكال مـن السلوك اقل نضوجا ، ويطلب قدرا اكبر من المساعدة من الآخرين .

ز ــ قــد يلجــأ الطفل إلى التعويض عن عجزه من خلال خلق اهتمامات واهداف بديلة عن الاهداف الأصلية تؤدى إلى اشباع نفس الحاجات .

٣ – التعويض

يعتــبر ميل الفرد إلى تعويض القصور الذى يعانى منه فى أحد الجوانــب من خلال المبالغة فى الجوانب الأخرى ، مجالا آخر مــن المجــالات التى تحتاج إلى اشباع . يستخدم معظم الأفراد أســاليب مختلفة من التعويض فى اتجاه أو آخر ، إلا أن الفرد العــادى يكــون امامه مدى واسعا من القدرات وتباين كبير فى الأنشطة التى يستطيع أن يتحرك فيها فى عملية التعويض .

عــندما يتمكــن الأطفــال المصابون بعجز جسمى من النجاح ، فــانهم يمــيلون عادة لان يكونوا اكثر موضوعية وواقعية فى تقيــيمهم للإصابة الجسمية ، وتنمو لديهم الرغبة فى تقبل هذه الإعاقة . أما إذا حدث العكس ، أى عندما يخفق هؤلاء الأطفال فــى تحقــيق الــنجاح فــى أى مجال من المجالات ، فانهم لا يحصلون على الاشباع الذاتى الذى تتطلبه عملية التوافق .

هـــناك شعور بأن الأطفال المصابين بالعجز الجسمى يستطيعون الـــتعويض عن اعاقاتهم الجسمية من خلال التحصيل الاكاديمى المرتفع . لقد حقق عدد كبير من الأشخاص ممن لديهم إعاقات بدنـــية واضـــحة تفوقـــا مرموقا فى كثير من الحالات . إلا أن الأطفـــال ليسوا جميعا قادرين على الانجاز المرتفع فى الأنشطة العقلـــية . فـــى مثل هذه الحالات ، لا يكون الانجاز العقلى هو الاتجـــاه الصـــحيح للـــتعويض بالنســـبة لهـــم . بعض الأطفال يحصـــلون علـــى اشـــباع مـــن خـــلال انجازاتهم فى المجالات الاجتماعـــية والشخصـــية ، واخـــرون يجدون هذا الاشباع فى المجـــالات الرياضـــية . أن كل ما نستطيع قوله هو الحاجة إلى بـــذل كـــل الجهـــود لتحديد المجالات التى يستطيع فيها الأطفال المعوقون جسميا تحقيق انجاز حقيقى يحصلون من خلاله على اشباع لحاجاتهم الأساسية.

التفوق العقلى والموهبة

بقلم الدكتور حليم بشاى

هـــذا الفصـــل ساهم به الدكتور حليم السعيد بشاى الذى شارك المؤلف فى الجزء الأول من الكتاب .

مقدمة

يأتى فى مقدمة الاهتمامات المبدئية للنظم التربوية فى كثير من دول العالم توفير فرص متكافئة امام جميع اطفال المجتمع للنمو بأقصــى ما تمكنهم منه طاقاتهم وقدراتهم . ترتب على ذلك ــ بطبــيعة الحــال ــ أن حاولــت الــنظم التعليمية ايجاد أساليب متــنوعة للتعلم لمواجهة الاشكال المختلفة من الانحرافات عن المعايــير العاديــة التى يحتمل وجودها بين الأطفال . لقد نشأ مجال التربية الخاصة بصفة اساسية من اجل تحقيق هذا الهدف الاجــتماعى وطــرات عليه تغييرات دائمة وتطورات مستمرة . لســنوات عديــدة مضت تضمنت برامج التربية الخاصة برامج لمواجهة احتياجات الأطفال المتفوقين والموهوبين ، إلا أن هذه الفــئة مــن الأطفــال غير العاديين لم تحصل بشكل دائم على الخدمــات الــتربوية والتعليمــية الــتى تعتبر ضرورية لتنمية امكانياتهم وقدراتهم إلى اقصى حد ممكن .

علــى مــدى التاريخ الانسانى الطويل قدم اشخاص موهوبون كثيرون اسهامات تتميز بالاصالة والاهمية للحياة الانسانية فى المجالات المختلفة للحياة بما فى ذلك من اسهم منهم فى ابتكار

الأســاليب والوســائل والادوات الــتى تســتفيد منها فى وقت الحاضــر فــئات عديــدة مــن الأطفــال المعوقين . أن حاجة المجــتمعات التى لا تتوقف إلى المخترعين والعلماء والفنانين والكــتاب والقادة الاجتماعين والسياسيين تفرض على الجميع المشــاركة فــى اتاحــة الفــرص امــام كــل طفل متفوق أو موهــوب ــ ايــا كان مجال هذه الموهبة ــ لتحقيق اقصى ما تمكنه منه طاقته الخاصة .

كــأى مجال اخر من مجالات المعرفة والبحث ، وكما هو الحال مــع اية فئة اخرى من فئات الأطفال غير العاديين ظهر خلاف فــيما بين المتخصصين حول افضل الطرق والاساليب التعليمية الواجب استخدامها مع هؤلاء الأطفال الموهوبين . إلا أنه مهما كــان هــذا الخــلاف فان الأخصائيين يتفقون على أن المناهج التقليدية واساليب التعليم السائدة فى الفصل الدراسى العادى لا تتيح للطفل الموهوب فرصة للنمو الكامل .

فى هذا الفصل من الكتاب نركز اهتمامنا على الأساليب المختلفة الــتى يمكــن اســتخدامها لتحقــيق الاهــداف الخاصة بتربية المتفوقيــن ، ومحاولــة ابــراز حقــيقة هامة ــ كثيرا ما يتم

تجاهلها – هى أن الافراد الذين يتميزون بقدرات عقلية متفوقة يملـيون إلى التفوق فى كثير من المظاهر الاخرى ، ومع ذلك توجد – بطبيعة الحال – الحالات الاستثنائية .

فـى ضـوء مـا تقدم فان اهتمامنا فى هذا الفصل يتركز على الأسـاليب المخـتلفة للـتعرف على حالات الأطفال الموهوبين والحاجـة إلى استخدام عدد متنوع من أساليب القياس وادوات التقدير . كذلك نعالج فى هذا الفصل اهمية تطوير برامج خاصة تناسـب مخـتلف الأطفـال سـواء من كان منهم يتعلم بمعدل سـريع ، أو من كان يتميز بقدرة ابتكارية عالية ، أو من كان يتمتع بموهبة ذات طبيعة خاصة .

لمحة تاريخية

أن الاهتمام بتربية الافراد الموهوبين فى اى مجتمع ليس امرا جديـدا ، فمـثل هذا الاهتمام قديم ومستمر منذ الاف السنين . عـندما كـان افلاطون يخطط للمجتمع الفاضل فى القرن الرابع قـبل الميلاد اكد على اهمية اكتشاف القادرين من الشباب وحث علـى ضـرورة العمـل علـى تربيتهم واعدادهم ليكونوا قادة المسـتقبل ، وقـد تجاوز افلاطون مجرد الدعوى حينما وضع

بعــض الــتأملات حــول طــرق الــتعرف على هؤلاء الافراد البارزين . كان افلاطون يشعر بأن بقاء الديمقراطية الاغريقية يــتوقف علـــى قدرتهـــا علـــى تربية مواطنيها من المتفوقين واعدادهم لتولى المراكز القيادية فى المجتمع .

اهـــتم الرومان بعد ذلك بما نادى به افلاطون واخذوا فى البحث عـــن مـــثل هؤلاء الافراد وان كان اهتمامهم تركز بدرجة اكبر على تنمية القادة فى المجالات السياسية والعسكرية .

فـــى القرن السادس عشر بذلت الامبراطورية العثمانية جهودا خاصـــة للتعرف على الموهوبين من الشباب على اتساع رقعة الدولـــة وهيأت لهم التزود بالتعليم فى العقيدة الاسلامية وفنون القتال والعلوم والفلسفة . تمكنت الدولة من خلال القيام بالمسح الســكانى علـــى فترات منتظمة من اختيار مجموعة كبيرة من المتفوقين وقامت بتعليمهم وتدريبهم . وفى خلال جيل واحد من بدايـــة هذا النظام التعليمى اصبحت الامبراطورية العثمانية قوة عظمـــى فـــى مجـــالات الفنون والعوم والحرب إلى الحد الذى حاولت فيه هزيمة اوروبا بكاملها .

لـــم يحـــدث اهـــتمام منتظم بالموهوبين حتى الجزء الاخير من القرن التاسع عشر عندما تسلطت الاضواء على هؤلاء الافراد كـــرد فعـــل للكـــتاب الذى نشره جالتون فى ذلك الوقت بعنوان العـــبقرية الموروثة ١٨٦٩ . وفى عام ١٨٩١ نشر لا مبروزو نـــتائج دراساته عن الرجل العبقرى الذى كان يهدف إلى اظهار أن العـــبقرية أو التفوق العقلى حالة من الحالات المرضية كما كـــان لا مـــبروزو يعتقد . كذلك حاول لامبروزو أن يوضح بأن بعض الخصائص الجسمية كقصر القامة ونحالة الجسم والتلعثم فـــى الكـــلام والتأخر فى النمو ترتبط جميعا بمفهوم العبقرية . بالنســـبة له كانـــت هذه الخصائص تعتبر اتجاهات تفسخية من الماضـــى الـــبدائى للانســـان . نتـــيجة للاراء التى روج لها لا مـــبروزو اصـــبحت العبقرية والجنون ظاهرتين مرتبطتين على نحو أو اخر .

كان ظهور اختبار الفرد بينيه ١٩٠٥ للذكاء باعثا على الاهتما بدراســـة الذكـــاء وقياســـه . كان بينيه يهدف إلى تصميم اداة تســـتطيع أن تمـــيز الأطفـــال الذيـــن يتسمون ببطء التعلم عن زملائهـــم من الأطفال . لم تمض سوى سنوات قليلة وكان هذا

الاختبار قد انتقل إلى الولايات المتحدة الامريكية حيث ترجم إلى الانجلــيزية وتم تعديله ــ إلى حد ما ــ ليتناسب مع الاهتمامات الامريكية بالاخذ بعين الاعتبار بعض اشكال التباين الواسع التى توجد فى المجتمع الامريكى غير المتجانس .

بعدئــذ فـــى عـــام ١٩٢٠ بدأ تيرمان ومساعدوه ببحث مفهوم العــبقرية مـــن خلال ذهابهم إلى المدارس فى ولاية كاليفورنيا الامريكـــية فى محاولة للتعرف على الأطفال الموهوبين بدرجة عالية والذين كانت تتجاوز نسب ذكائهم ١٤٠ . ومن هنا بدأت اكـــثر الدراسات الطولية شهرة من بين الدراسات التى اجريت علـــى الأطفـــال الموهوبين . تم حتى الان نشر خمس مجلدات تحـــت عـــنوان الدراســـة الجينـــية للعبقرية مع الترتيب لنشر مجلدات اخرى يقدر لها أن تنتهى فى عام ٢٠١٥ .

لعـــل جزءا كبير من الاهتمام الحالى بتربية الأطفال الموهوبين فـــى الولايـــات المـــتحدة الامريكـــية ــ الذى تلى عدم الاهتمام النســـبى الـــذى ســـاد فـــترة الثلاثينيات والاربعينيات من هذا القـــرن ــ يـــرجع إلـــى نشـــوب الحـــرب الباردة بين الدولتين الكبريـــين . كـــان اطلاق مركبة الفضاء سبوتنيك عام ١٩٥٨

اشـــارة علـــى تقــدم الاتحاد السوفيتى المفاجئ على الولايات المتحدة الامريكية فى سباق الفضاء . لا شك أن بعض الاهتمام بالموهوبيـــن كـــان قد ظهر قبل حادث سبوتنيك ، إلا أن العمل المحـــدد والواضـــح فـــى هذا المجال جاء بعد الحدث الروسى العظيم .

اخـــيرا ، فـــان ابـــرز الاهداف التى تسعى إليها المجتمعات فى الوقـــت الحاضـــر بالنسبة لرعاية ابنائها الموهوبين تتضمن ما يأتى : ـــ

١ – التعرف المبكر والملائم على حالات الأطفال الموهوبين .

٢ – الاســـتخدام المناســـب لعـــدد متـــنوع من أساليب القياس والتقدير لضمان تشخيص دقيق للحالات .

٣ – وضع برامج رفيعة المستوى سواء داخل الاطر المدرسية أو فى المجتمع بوجه عام للاطفال الموهوبين.

٤ – تحقـــيق جهـــود تعاونـــية يششـــترك فـــيها المسؤلون المدرســـيون معلمون واداريون ، والاباء والامهات ، والاطفال الموهوبون انفسهم ، والمجتمع العام بحيث يتوفر اهتمام مباشر من الجميع بهذه الفئة من الأطفال .

٥ – تطويـــر اتجاهـــات ايجابـــية وانسانية تجاه الأطفال الذين يمـــتلكون قـــدرات عالـــية مـــن خلال العملى على الكشف عن الخرافات والاباطيل التى شاعت فى الماضى فيما يتعلق بهؤلاء الأطفال والتى لا تزال تنتقل إلى اجيال متتالية .

تعريف الطفل الموهوب

يمكـــن النظر إلى التفوق بكثير من الطرق والاشكال . ففى حين يؤكـــد بعض العلماء والباحثين على التفوق فى الموهبة ، يؤكد اخـــرون على التفوق فى الاداء . وفى حين يبحث البعض عن مظاهـــر الموهـــبة فى الذكاء المقاس ، يبحث عنها اخرون فى عـــدد متـــنوع مـــن القـــدرات الانسانية . ولما كان الحكم على الموهـــبة يـــتم فقط من خلال نتائجها ، ونظرا لان علم النفس الحديـــث يؤكـــد علـــى الاداء الوظيفى الكلى للكائن الحى ، فان الـــتعريف الاكـــثر قبولا هو ذلك التعريف الذى يتضمن كلا من المظهرين .

لا شـــك أنه توجد أنواع مختلفة من المواهب ، إلا أنه لا يوجد حتى الان اتفق عام على من هو الطفل الموهوب ؟ ربما يرجع الســـبب الرئيســـى للاختلاف بين التعاريف إلى أنه بين الأنواع

العديدة من المواهب توجد درجات مختلفة منها ايضا لقد اشارة جـيلفورد ١٩٥٩ علـى سبيل المثال ــ أنه عندما قام بدراسة البناء العقلى وجد ما يقرب من ١٢٠ قدرة عقلية مختلفة .

ترتب على ذلك أنه إذا كان فرد من الافراد متفوقا فى مجموعة واحـدة من القدرات قد يكون موهوبا فى اتجاه واحد ، اما إذا كـان مـتفوقا فى مجموعة مختلفة من القدرات فانه قد يظهر مواهب مختلفة تماما .

يسـتخدم بعض العلماء مصطلح موهوب للاشارة إلى الشخص الذى يمتلك قدرا عاليا فى تنوع واسع من القدرات ، ويستخدم اخـرون نفس المصطلح ليعنى اى شخص يملك قدرا عاليا من القـدرة فى مجال واحد . البعض يفكرون فى الموهبة فى اطار نسـبة الذكـاء المرتفعة فقط أو الدرجة العالية فى القدرة على الـتعلم المجرد أو التعلم عن طريق الرموز ، واخرون يضمون إلـى الموهـبة الـتفوق فـى مجالات الموسيقى أو الفنون أو الاعمال الميكانيكية أو القدرة الابتكارية .

احد تعاريف الموهبة ذلك التعرف الذى جاء فى الكتاب السنوى للجمعية الوطنية للدراسات التربوية بالولايات المتحدة الامريكية

عام ١٩٥٨ . يقول التعرف أن الطفل الموهوب هو ذلك الطفل الــذى يظهــر اداء مــرموقا بصفة مستمرة فى اى مجال من المجالات ذات الاهمية . وعلى ذلك فان التعريف يضم ليس فقط المــتفوقون عقلــيا بــل ايضا اولئك الذين يظهرون موهبة فى الموســيقى أو الاعمال الادبية الخلاقة أو المهارات الميكانيكية أو القــيادة الاجتماعية . يلاحظ أن هذا التعريف يعتمد اعتمادا كلــيا علــى الاداء اكثر مما يعتمد على الطاقة الكامنة للنمو . ومــن ثــم فــان الــتعريف يســتبعد الطفل الموهوب منخفض التحصيل ، كما يستبعد الطفل الذى لا يستخدم قدراته فى مسالك مقــبولة اجتماعيا . فالطفل الذى يحصل على نسبة ذكاء ١٥٠ ولكــنه لا يــؤدى اداء متميزا فى العمل المدرسى ، أو الذى لا يســلك بطــريقة مقبولة اجتماعيا لا يعتبر طفلا موهوبا فى ظل هذا التعريف .

فــى عــام ١٩٥٩ قدم كل من فليجلر وبيش التعريف التالى : يشــمل مفهــوم الطفل الموهوب الأطفال الذى يتمتعون بقدرات عقلــية مــتفوقة ، أو قدرات عالية فى التحصيل الدراسى ، أو الذين يظهرو تفوقا فى المجالات الاتية : ــ الرياضيات ، العلوم

الميكانيكا ، الفنون التعبيرية ، الادب الخلاق ، الموسيقى ، القيادة الاجتماعية ، القدرة الابتكارية الفريدة فى التعامل مع البيئة .

اما تعريف ويتى الذى تبنته الرابطة الامريكية للاطفال الموهوبين فانه يعرف الموهوبين بأنهم اولئك الافراد الذين يكون اداؤهم عاليا بدرجة ملحوظة بصفة دائمة فى مجالات الموسيقى ، أو الفنون ، أو القيادة الاجتماعية ، أو الاشكال الاخرى من التعبير . واضح من هذا التعريف أن الموهبة لا تقتصر على الاداء المرتفع فى اختبارات الذكاء ، بل تتضمن ايضا الموهبة الابتكارية فى مدى واسع من المجالات ذات القيمة الاجتماعية والانسانية .

عندما قيام الباحثين بتعريف الموهبة يبذلون الموهبة يبذلون جهودا لتجنب الاعتماد بدرجة كبيرة على نسبة الذكاء ، إلا اننا عندما نكون بصدد التعرف على الأطفال الموهوبين ، فان معظم المؤسسات التعليمية تعتمد على اختبارات الذكاء المقننة . ربما يعود ذلك – بشكل جزئى – إلى أن وسائل القياس الاخرى غير اختبارات الذكاء تعتبر حتى الان محدودة للغاية . ولعل بعض

المحاولات التى تبذل فى الوقت الحاضر لقياس القدرة الابتكارية على انها مظهر من مظاهر التفوق قد تثبت انها جهود مفيدة . اما السبب الاخر فى الاعتماد على نسبة الذكاء فهو انها تكشف عـن تنوع واسع من القدرات . فلكى يحصل احد الأطفال على نسـبة ذكـاء مـرتفعة امـا أن يظهر قدرة عالية فى مجالات مـتعددة ، وامـا أنـه يمتلك قدرة خارقة فى عدد محدود من القدرات . ومع كل ذلك فمن المحتمل أن مقاييس الذكاء الحالية لا تكشف عن بعض المجالات الاخرى .

يرى كيرك ١٩٧٢ أنه نظرا لان الموهبة تعبر عن نفسها بطرق كثـيرة مختلفة ربما استطعنا أن نفكر فيها فى اطار مصطلحات عامـة للاغـراض العملـية كـالقدرة المتفوقة فى التعامل مع الحقائق والافكار والعلاقات ، سواء كانت هذه القدرة ترجع إلى ارتفـاع نسبة الذكاء أو إلى قدرة اقل تحديدا فى تعريفها وهى الابـتكار . مـن ثـم يمكـن النظر إلى الأطفال الذين يملكون استعدادات خاصة فى مجالات اكثر تحديدا على انهم موهوبون ومـن بيـن هـؤلاء : الموهوبون اجتماعيا ، والموهوبون فى الـنواحى الميكانيكـية ، والموهوبـون فـى مجالات الفنون ،

والموهوبـــون فـــى الموسيقى ، والانشطة البدنية وفى مجالات استخدام اللغة والموهوبون فى التحصيل الاكاديمى .

لا شـــك أن الـــتداخل واضـــح تمامـــا فيما بين المجالات سالفة الذكـــر . فـــالطفل المـــتفوق اكاديميا قد يكون متفوقا ايضا فى الانشطة الاجتماعية ، والشخص الموهوب فى مجال الموسيقى قـــد يكـــون مـــتفوقا عقلـــيا ورياضـــيا ، عادة ما يكون الطفل الموهـــوب فى التحصيل الاكاديمى متفوقا عقليا ايضا ، إلا أنه ليس كل المتفوقين عقليا متفوقون فى التحصيل الاكاديمى .

لكـــى يكون الفرد موهوبا بدرجة عالية فى مجال من المجالات العقلـــية فـــان ذلـــك يتطلب موهبة عقلية ، إلا أن الاتجاه الذى تســـير فـــيه هذه الموهبة يعتمد على كثير من العوامل الاخرى كالخبرة والدافعية والميول والثبات الانفعالى وتوجيه الوالدين ، بل ربما يعتمد على الصدفة ايضا .

مع قبول التفوق فى الذكاء على أنه عامل واحد فقط فى تحديد الـــنجاح والتحصـــيل والاسهامات الاجتماعية ، فان هذا التفوق يظـــل احد العناصر الاساسية المكونة لما نطلق عليه الموهبه .

بطبـــيعة الحال ، توجد خصائص اخرى تعتبر ضرورية من اجل

الانجاز الناجح ، إلا أن اهتمامنا فى هذا المجال يتعلق بالقدرات المعرفية والاستدلالية . عندما نحاول أن نضمن تعريف الموهبة بعـض العوامل الاخرى كالقيادة الاجتماعية والاداء والجدارة ، فاننـا نخلـط مفهـوم الموهـبة بأهدافـنا بالنسـبة للاطفال الموهوبين .

يوجـد لدينا اطفال موهوبون لكنهم لا يؤدون اداء ممتازا نظرا لـبعض الظروف الانفعالية أو لنقص الدافعية أو لبعض العوامل المجتمعية الاخرى .

ولدينا ايضا من نطلق عليهم موهوبين ليسوا على درجة علاية مـن القـدرة علـى الابتكار ، ويوجد اطفال موهوبون إلا انهم يسـتخدمون مواهـبهم بطرق غير مقبولة اجتماعيا . على أن العـامل المشـترك بيـن هـؤلاء جميعا هو التفوق فى القدرة العقلية .

باختصـار ، يمكن القول بأن التعاريف الحالية للموهوبين تضم الأطفـال الذيـن تضـعهم قدراتهم المعرفية فى القطاع الاعلى للـتوزيع الاعـتدالى الـذى يضم اعلى ٣ إلى ٥ % من افراد المجتمع مارلاند ١٩٧٢ .

والتعاريف الاوسع نطاقا للموهوبين تضم بعض الخصائص مثل الابــتكار ، والمواهب العالية فى مجالات الفنون والاداء وبعض مجــالات الانجاز المرغوب فيها اجتماعيا مارتنسون ١٩٧٣ . علـــى أن هذه التعاريف جميعا تدور حول ثلاثة مفاهيم اساسية للموهبة هى : —

١ – التفوق فى القدرة المعرفية

٢ – الابتكارية فى التفكير والانتاج

٣ – المواهب العالية فى مجالات خاصة

أساليب التعرف على حالات الموهوبين

يوجد اتفاق عام على أنه كلما تم التعرف على الطفل الموهوب فــى وقــت مــبكر ، كلما تمكن الأخصائيون من اعداد وتوفير الخــبرات التعليمية الملائمة لتحقيق اقصى قدر ممكن من النمو لهــذا الطفل . من ثم يصبح التعرف المبكر هو مفتاح التوصل إلى اكتشاف المدى الواسع من الطاقات البشرية المتاحة فى اى مجــتمع من المجتمعات . على أن التعرف على حالات الأطفال الموهوبيــن لــيس امــرا سهلا وميسرا بالنسبة لعدد كبير من هــؤلاء الأطفــال . صحيح أن بعض الأطفال الموهوبين يمكن

الـــتعرف عليهم بطريقة سهلة نظرا لادائهم المتقدم بوضوح فى القراءة ، والثروة اللفظية وما يبدو عليهم من درجة عالية من المـــيول الاكاديمـــية وحب الاستطلاع والمعرفة . إلا أن بعض الأطفال الاخرين لا يمكن التعرف عليهم بنفس هذه الدرجة من الســـهولة من خلال ملاحظات الوالدين أو المدرسين ، ومن ثم يتوجـــب الـــتعرف علـــيهم باستخدام أساليب اكثر موضوعية . الحقـــيقة الـــتى يجب أن تتذكرها دائما هى أنه لا توجد طريقة واحـــدة يمكن من خلالها التعرف على جميع مظاهر الموهبة ، لذلـــك فان التعرف يتحقق بشكل افضل دائما باستخدام مجموعة مـــن الأســـاليب المتنوعة التى تعتمد على مدخل عمل الفريق . ولعـــل من اكثر أساليب التعرف على الأطفال الموهوبين شيوعا الطرق الثلاثة الاتية : ــ

١ – استخدام الاختبارات الفردية للذكاء .

لا نســـتطيع أن نـــنكر أن مدى فعالية نسبة الذكاء للتعرف على المحكات الاخرى فى تعريف الموهبة محدودة ، إلا أنه مع ذلك يظـــل الذكاء المقاس يمثل ركنا هاما من اركان تعريف الأطفال الموهوبين وتصنيفهم ، لذلك فان استخدام احد اختبارات الذكاء

الفردية كجزء من مدخل شامل للقياس والتقدير يمكن أن يسهل عملية التعرف على القدرة المعرفية المتفوقة . مثل هذا التعرف يساعد بلا شك على تحديد الوضع الدراسى الملائم للطفل الموهوب كما يسهل استخدام الأساليب التعليمية والمواد التعليمية اللازمة .

من المهم – بطبيعة الحال – أن نتذكر بصفة دائمة أن اتخاذ جانب الحيطة والحذر واجب لتجنب استبعاد الأطفال الذين تحول خلفيتهم العرقية أو مستوياتهم الاجتماعية والاقتصادية دون نمو طاقاتهم إلى اقصى حد ممكن على اساس من قياس نسب الذكاء أو الاختبارات الاخرى للقدرة العقلية أو التحصيل الدراسى .

نظرا لبعض الاعتبارات العملية التى تتعلق بالنفقات والوقت ، فان القياس الفردى قد لا يكون متاحا على نطاق شامل فى الغالبية العظمى من النظم المدرسية . لذلك توجد بدائل اخرى يمكن استخدامها قبل احالة الطفل لاجراء القياس الفردى للذكاء عليه . ومن بين هذه الأساليب القياس الجمعى وملاحظات المدرسين .

٢ – القياس الجمعى

تلجــأ معظــم النظم المدرسية إلى اجراء قياسات بصفة دورية لقدرات التلاميذ العقلية وتحصيلهم الدراسى كما تقاس من خلال أســاليب القــياس الجمعى . مثل هذا النوع من التقييم يتضمن تحديــدا المستوى النضج العقلى نسبة الذكاء ، ومستوى الاداء التحصيلى على التوالى . إلا أن نتائج القياس الجمعى نظرا لما تحــتمه من نقص التفاعل الشخصى بين الفاحص والعدد الكبير من التلاميذ الذين يتم اختبارهم فى وقت واحد ، تبدو عادة اقل ثــباتا فــى الكشف عن الطاقة العقلية أو مستوى التحصيل لكل تلميذ كفرد من الاختبارات الفردية .

لا شــك أن ادوات القياس الجمعى تخدم اغراضا هامة ومفيدة عــندما تستخدم كوسائل للدراسات ذات الطبيعة المسحية . فى مــثل هــذه الحالة فان التلاميذ الذين يحصلون على نسب ذكاء تقــع فــيما بين ١١٥ ، ١٢٠ فى اختبار جمعى للقدرة العقلية يمكــن احالــتهم لقياس ذكائهم على اساس فردى . لقد اشارت مجموعــة مــن الدراسات إلى أن عددا كبير من هؤلاء الأطفال يحصلون على درجات تقع فى نطاق الموهوبين ١٣٠ فاكثر فى

نســبة الذكاء عندما يخضعون للاختبار بطريقة فردية باستخدام اختــبار ســتانفرد ـ بينيه أو اختبارات وكسلر . بالمثل ، فان التلامــيذ الذين تشير نتائجهم فى اختبارات التحصيل الجماعية إلــى انهم يتقدمون عن مستويات الصفوف الدراسية فى معظم المــواد الدراسية بمقدار سنتين أو ثلاث عن صفوفهم الحالية ، يجــب ايضــا احالــتهم بقصــد اجراء أساليب القياس الفردى عليهم .

٣ – ملاحظات المدرسين

لــو أن عملــية الــتعرف علــى حالات الموهوبين تركت كلية للمدرسين ، فاننا سوف نجد عددا كبيرا من الأطفال الموهوبين حقــيقة لا يتم تمييزهم أو التعرف عليهم ، وان عددا قليلا فقط هــم الذيــن يــتم انــتقاؤهم . فى الدراسة التى قام بها بجناتو وبــيرش ١٩٥٩ اتضح أن عينة الدارسة من المدرسين تركوا اكثر من نصف التلاميذ الموهوبين الذين امكن للباحثين التعرف علــيهم فيما بعد باستخدام اختبار بينية للذكاء . لعل نتائج هذه الدراسة وامثالها توضح مدى الحاجة فى برامج اعداد المعلمين

فى نظم التعليم العام أو فى نطاق التربية الخاصة للتدريب على التعرف على حالات الأطفال الموهوبين .

بقصد مساعدة المدرسين على القيام بنوع اكثر دقة من التعرف علـــى حـــالات الـــتفوق قام رونزوللى ١٩٧١ بتصميم مقياس للـــتقدير لهـــذا الغـــرض . تضمن المقياس المشار إليه اربعة مجالات يستطيع المعلمون أو الاباء من خلالها وضع تقديراتهم عن تلاميذهم أو ابنائهم .

الدرجات المرتفعة التى يحصل عليها الأطفال فى هذه المجالات الـــتقديرية تشير إلى وجود مكونات الموهبة عندما يتم تقييمها بالاساليب الموضوعية .

المجـــالات الـــتى يغطيها مقياس رونزوللى للتقدير تتضمن ما يأتى:

١ – خصائص التعلم

أ ــ بـــناء مـــن الـــثروة اللفظية يتقدم مستوى السن ومستوى الصف الدراسى .

ب ــ نمـــو عـــادات القـــراءة المســـتقلة ، وتفضيل الكتب ذات المستوى المتقدم .

ج ــ الاتقــان الســريع للمــادة المــتعلمة ، وتذكر للمعلومات المتصلة بالحقائق .

د ــ اســتخلاص المبادئ العامة ، والقدرة على القيام بتعميمات صادقة .

٢ – خصائص الدافعية

أ ــ المباداة الذاتية .

ب ــ الاصرار على استكمال الواجبات والاعمال .

ج ــ المعاناة من اجل الوصول إلى مستوى افضل .

د ــ الشعور بالملل عند اداء الاعمال الروتينية .

٣ – الخصائص الابتكارية

أ ــ حب الاستطلاع الشديد لعدد متنوع من الاشياء

ب ــ قــدر اكــبر مــن الاصالة فى حل المشكلات والاستجابة للافكار .

د ــ درجة اقل من الاهتمام بالمسايرة .

٤ – الخصائص القيادية

أ ــ الثقة بالنفس والنجاح فى العلاقات مع جماعات الرفاق

ب ــ الاستعداد لتحمل المسؤوليات

ج ــ سهولة التكيف مع المواقف الجديدة .

تجدر الاشارة إلى أن الأساليب المختلفة المستخدمة فى التعرف علـــى حالات التفوق ــ سالفة الذكر ــ لها مميزاتها وعيوبها . وقـــد لخـــص جالاجـــر ١٩٥٩ جوانب القصور فى بعض هذه الأساليب على النحو التالى :-

الاسلوب	اوجه القصور
الاختبارات الفردية للذكاء	طريقة جيدة ، إلا انها مكلفة فى الوقـــت والنفقات وليست عملية كـــأداة للفحـــص المســـحى فى المدارس .
اختبارات الذكاء الجماعية	طـــريقة حســـنة للفحص بصفة عامة ، إلا انها قد لا تكشف عن الأطفـــال الذيـــن يعـــانون مـــن صعوبات فى القراءة ، أو الذين يعانون من اضطرابات انفعالية
الاختبارات التحصيلية	لا تكشف عن الأطفال المتفوقين غـــير القادريـــن على التحصيل

	وتتضمن جوانب القصور فى اختبارات الذكاء الجماعية
ملاحظات المدرسين	كثير من المدرسين يعجزون عن التعرف على الأطفال غير القادرين على التحصيل ، أو الأطفال المصابين باضطرابات انفعالية

التعرف على القدرة الابتكارية

نتج عن المحاولات التى بذلت للتعرف على السلوك الابتكارى قدر كبير من الخلط والارتباك فيما بين المدافعين عن الابتكار ، ومن بين الاسباب التى ادت إلى ذلك : ـ

١ – عدم وجود تعريف مقبول بوجه عام للابتكار .

٢ – عدم توفر مقاييس مقننة للابتكار تقف على قدم المساواة مع مقاييس الذكاء المقننة برغم كل ما تتضمنه من قصور .

لعل التعريف واسع الانتشار فى الوقت الحاضر والذى يلخص مجموعة من التعاريف القائمة ، ذلك التعريف الذى وضعه

تورانـــس ١٩٦٢ . يفترض تورانس أن الابتكار عملية تتضمن اربعة عناصر اساسية هى :ـ

١ - الاحساس بالفجوات أو النقص أو جوانب القصور الاخرى

٢ - بـــناء افكـــار .وضع فروض حول هذه الفجوات أو جوانب القصور .

٣ - اختبار مدى صحة الفروض الموضوعة .

٤ - تواصـــل النـــتائج مـــع امكانـــية تعديل الفروض واعادة اختبارها.

الابتكار : عملية ام نتائج

انـــتقد ياماموتو ١٩٦٥ بشكل اساسى البحوث التى اجريت عن الابتكار بسبب نقص الاتفاق فيما بين الباحثين حول المفهوم أو البناء الذى يحاولون قياسه .

لعـــل جزءا كبيرا من الخلاف فيما بين الباحثين فى هذا المجال نتج عن محاولات تعريف الابتكار اما فى اطار أنه عملية ام أنه نـــتاج جـــولان ١٩٦٣ . إلا أن زيـــادة التأكيد على احد هذين المظهريـــن أو الاخر يميل إلى اغفال المفهوم الكلى . من ناحية

فـــان التأكـــيد على أن الابتكار عملية يتضمن الخيال والتصور والاصالة والاستطلاع والتأمل .

امـــا التأكـــيد علـــى الابتكار على أنه نتاج ــ من ناحية اخرى ــ فانه يقتضى حكما ما يتعلق بدرجة الابتكار التى تتضح مـــن خـــلال انـــتاج عمل ما يعبر عن درجة عالية من الموهبة ونوعـــية هـــذا الانتاج . لكن السؤال يظل هو : من الذى يحكم علـــى النـــتاج بأنه ابتكارى ؟ على الرغم من كل الجهود التى بذلها العلماء الاجتماعيون فان من المستحيل بناء مجموعة من المحكـــات الثابتة للحكم على مدى استحقاق أشكال منوعة من النـــتاج الابتكارى . فى حين أن النتاج يصعب تمييزه والتعرف علـــيه بوضـــوح ربما فيما عدا فى أشكال الإنتاج العلمى ، فإن السـؤال الحقـــيقى فى هذا المجال يتعلق بالمحك الاجتماعى . بمعنى آخر ، هل النتاج يمثل إسهاما ذو دلالة واضحة للمجتمع أم لا ؟ مـــثل هـــذا الحكم يتأثر بالضرورة بالتغيرات التى تطرأ على الاهتمامات المجتمعية والقيم الاجتماعية .

بوجـــه عـــام ، كثير من الدراسات عالجت الابتكار عند الأطفـــال بصـــفة أساســـية فـــى مظهرها كعملية ، وذلك نظرا

للصـــعوبات الكامـــنة فى تحديد درجة الابتكار التى يعبر عنها الطفـــل فى نتاج ما . علاوة على ذلك ، فإن الباحثين ــ بوجه عـــام ــ كانوا اكثر اهتماما بالتعرف على الطفل الذى لديه طاقة علـــى الابـــتكار من اجل إثراء هذه الطاقة . على انه فى جميع الحـــالات التى تم فيها تقدير النتاج الابتكارى للأطفال كان ذلك أمـــا فى إطار السن أو على انه مظهر إضافي للملاحظات التى تتم على سلوك الأطفال .

قياس الابتكار

قـــام عدد من علماء النفس من بينهم جتزلز وجاكسون ١٩٦٢ و تورانـــس ١٩٦٢ والاش وكوجان ١٩٦٥ وجيلفورد ١٩٦٥ ، بتصـــميم مجموعـــة من الاختبارات تهدف جميعا إلى قـــياس الابـــتكار . كـــان جـــيلفورد ــ أحـــد الرواد فى تطوير الاختبارات ــ قد اقتر كير ــ وهو التفكير التفرقى ــ فانه يوجد فـــى العملـــية العقلية التى تبحث فى عديد من الاتجاهات لإنتاج مـــدى واســـع من الاستجابات ويكون متضمنا عادة فى الإنتاج الابـــتكارى . ضم تورانس ١٩٦٢ الذى قام بتصميم اختبارات مينيسوتا للتفكير الابتكارى ما يزيد عن ٢٥ نوعا من الواجبات

فـــى هـــذه البطارية من الاختبارات . بعض هذه الواجبات قابلة للاســـتخدام مع الأطفال صغار السن . لا شك اختبارات تورانس تعتبر من اكثر الاختبارات شيوعا فى الاستخدام لقياس الابتكار نظـــرا لان جمـــيع الواجـــبات التى ضمنها فى هذه الاختبارات تتطلـــب من المفحوص إنتاج حلول متفرقة . هذا وقد نشر فى عام ١٩٧٤ دليلا معدلا لتطبيق هذه الاختبارات وتصحيحها .

فـــى الدراســـات التى قام بها كل من جتنزلز وجاكسون ١٩٦٢ مـــع مجموعات من الأطفال الموهوبين استخداما بعض الأفكـــار الـــتى كـــان قد طرحها جيلفورد فى بناء اختباراتهما الخاصة لقياس الابتكار . قام الباحثان بتصميم خمسة اختبارات هى : —

١ — استكمال بعض الخرافات

٢ — تجميع المشكلات

٣ — العثور على أشكال مخبأة

٤ — تداعى الألفاظ

٥ — وضع قائمة باستخدامات جديدة .

علـــى سبيل المثال ، فى اختبار الاستخدامات يطلب من المفحــوص إعطـــاء اكـــبر عـــدد ممكن من الاستخدامات التى يســـتطيع أن يتصورها لشئ من الأشياء المألوفة . يتم تصحيح الإجابـــات بعد ذلك على أساس كل من أصالة الاستجابات وعدد الاستخدامات التى قدمها كل مفحوص .

عندما قام مارش ١٩٦٤ بإعادة تحليل البيانات المستمدة مـــن دراســـة جتنزلز وجاكسون خرج باعتقاد بأن نسبة الذكاء التقلـــيدية لا تـــزال هى افضل المحكات للتعرف على الأشخاص المبتكرين .

يعـــتقد معظـــم الباحثين فى هذا المجال فى وجود علاقة أكـــيدة بيـــن الذكاء والابتكار ، إلا أن العوامل المتضمنة فيهما مـــتماثلة . كذلـــك يميل عدد كبير من الباحثين إلى الاعتقاد بأن قدرا من الذكاء يبدو ضروريا لمعظم أشكال الإنتاج الابتكارى ، إلا انـــه فـــيما يـــتجاوز ذلـــك فإن العلاقة بين المفهومين تبدو منخفضـــة حـــتى جيلفورد الذى وضع فى البداية الافتراض بأن العلاقـــة بيـــن نســـبة الذكاء وأشكال عديدة من الابتكار علاقة منخفضة أو متوسطة ١٩٥٠ ، عدل عن هذا الرأي ويعتقد ألان

فـــى وجـــود موضـــع مـــا لقدرات التفكير الابتكارى والوظائف الابـــتكارية فى إطار المدى الواسع للذكاء مما يشير إلى علاقة أوثق بين مفهومى الذكاء والابتكار ١٩٧٥

على الرغم من الجدل الدائر حول افضل الطرق لتعريف الابـــتكار عملية أم نتاج ، وما هى افضل الطرق للقياس ، فإن مفهـــوم الابتكار يعتبر ألان جزءا من الفهم المعاصر للموهبة . أن الابـــتكار ــ كمصـــطلح ــ ربما كان افضل المترادفات التى نســـتطيع استخدامها لوصف تلك الأشكال من السلوك الإنساني الـــتى تعتـــبر أنهـــا تتمـــيز بالأصالة والتى تعتبر أعمالا بارزة ومرغوب فيها اجتماعيا .

يســـود فـــى الوقت الحاضر اعتقاد بأننا نستطيع تشجيع وتنمـــية التفكير الابتكارى من خلال المعالجة التعليمية الملائمة جـــيلفورد ١٩٧٥ ، وأننا لسنا بحاجة لان نكون جميعا مبكرين بنفس الطريقة أو الأسلوب .

لعلـــنا نجـــد أضواء إضافية حول الطرق التى يمكن بواسطتها تشـــجيع وتنمـــية العملـــية الابـــتكارية عند الأطفال فيما قدمه ماككـــنون ١٩٦٢ فى الدراسة الشهيرة التى قام بها المهندسين

المبتكريـن . وجـد الباحـث أن البيـئات المنزلـية لهـؤلاء المفحوصـين وفـرت لهم عديدا من الفرص وأشكال التشجيع لتنمـية مواهـبهم وتطويرها . كذلك اتضح أن الأباء والأمهات لعـبوا دورا بالغ الأهمية فى توفير فرص مستمرة للنمو العقلى الملائم .

لا يسـتطيع أحـد أن ينكر أو يشك بشكل جاد فى أهمية الأشـخاص المبتكرين فى أي مجتمع من المجتمعات إذ أن هذه المظاهـر تعـبر عـن نفسـها فـى عدد من الطرق المختلفة كالاكتشـافات العلمـية ، والإنتاج الموسيقى والفنى والأدبي ، والتقدم التكنولوجى ، ومجالات الرياضة والتجديدات الإجتماعية والسياسـية . أن الابـتكار فى أي صورة ينبع من داخل الفرد نفسـه ، إلا أن الأمر متروك بعد ذلك للمجتمع فى توفير المناخ الذى تزدهر فيه كل أشكال السلوك الابتكارى . يترتب على ذلك أن تشـجيع وتنمـية أي نوع من الأداء العقلى والابتكارى هى مسـؤولية كـل فـرد مـن أفراد المجتمع : الأباء والمعلمون والمـربون والأخصائيون النفسيون وغيرهم ممن يكونون على صلة وثيقة بالأطفال أثناء نموهم .

باختصـــار يمكن القول بأن أساليب التعرف على الأطفال الموهوبين التى تتسم بالذاتية كملاحظات المدرسين أو الدرجات الدراســية مســتمرة فــى الاستخدام من جانب كثير من النظم التعليمــية فــى تحديــد التلاميذ الموهوبين . ولاسباب مختلفة اســتمرت هــذه الطــرق شــائعة علــى الرغم من عدم دقتها كــيرك ١٩٦٦ ، وعلــى الــرغم من افتقارها إلى الموضوعية مــارلاند ١٩٧١ . قارن مارلاند من خلال تحديد الرتب الفروق بيــن أســاليب التعرف الستة الأكثر شيوعا فى الاستخدام وبين الأســاليب التى أوصت بها جماعة مختارة من الأخصائيين فى مجــال الموهوبيــن وكانــت نــتائج هذه المقارنة على النحو التالى : ــ

١ - ملاحظات المدرسين

٢ - اختبارات التحصيل الجماعية

٣ - اختبارات الذكاء الجماعية

٤ - الإنجازات السابق تحقيقها

٥ - اختبارات السابق تحقيقها

٦ - درجات اختبارات الابتكار .

١ - اختبارات الذكاء الفردية
٢ - الإنجازات السابق تحقيقها
٣ - ملاحظات المدرسين
٤ - اختبارات التحصيل الجماعية
٥ - درجات اختبارات الابتكار
٦ - اختبارات الذكاء الجماعية .

علـــى أي حـــال ، يجـــب ممارســـة الحيطة والحذر فى اســـتخدام محـــك واحـــد على انه اكثر المحددات أهمية لوجود الموهـــبة . مع التأكيد الحالى على ضم الابتكار كمتغير هام فى الـــتعرف علـــى حالات الموهوبين ، فإن رتبة محك الابتكار قد تـــزداد أهمـــية . وقـــد طرح ستانلى ١٩٧٣ رأيا بأن الدرجات المـــرتفعة فـــى اختـــبارات الاستعدادات والتحصيل الموضوعة للأطفـــال الأكـــبر ســـنا قد تثبت أنها ذات قيمة كبرى لاستكمال عملية التعرف على حالات القدرة المتفوقة عند الأطفال الأصغر سنا .

لعلـــه لا يخفـــى على القارئ أن عملية التأكد من وجود أســـاليب ملائمـــة لتمييز الأطفال الموهوبين والتعرف عليهم لا

تـــزال لـــم تكتمل . ورغم ذلك فإن الاتجاهات الحالية تشير إلى الـــتقدم تجاه درجة اكبر من الدقة فى أساليب التعرف وذلك من خـــلال البحوث المستمرة وجهود المربين والعلماء لتحقيق فهم افضل للمكونات المختلفة التى تتضمنها الموهبة

خصائص الأطفال المتفوقين عقليا

يعتبر موضوع دراسة خصائص الأطفال المتفوقين عقليا أحـــد الموضوعات الرئيسية التى يهتم بها كثير من الباحثين . بدا تيرمان ـــ وهو من علماء النفس المهتمين بدراسة التفوق العقلى ـــ دراسته الطولية لمجموعة من الأطفال المتفوقين بلغ عددهـــم ١٥٢٨ طفـــلا تم التعرف عليهم فى عام ١٩٢٠ . قام تيرمان بتتبع هذه المجموعة من المتفوقين لمدة ٣٥ عاما حتى وفاتـــه عـــام ١٩٥٦ . اخـــتار تيرمان الأطفال الذين أخضعهم لدراســـاته مـــن بيـــن مدارس التعليم العام فى ولاية كاليفورنيا الأمريكية ، واستخدام فى عملية التعرف على الحالات اختبارات الذكـــاء الجماعـــية وملاحظات المعلمين . كان المحك الذى بنى علـــيه تيرمان اختباره لأفراد عينة دراسته الحصول على نسبة

ذكــاء لا تقــل عن ١٤٠ فى اختبار ستانفرد ـــ بينية الذكاء ، وهو من الاختبارات الفردية كما هو معروف .

كـــان معظـــم أفـــراد الدراسة التى اشرف عليها تيرمان ينـــتمون إلـــى اسر ذات مستوى اجتماعى واقتصادى مرتفع .

ويمكـــن تلخيص أهم النتائج التى أسفرت عنها دراسة تيرمان فـــيما يـــتعلق بخصـــائص الأطفال المتفوقين عقليا على النحو التالى :

الخصائص الجسمية

وجـــد تـــيرمان أن الأطفـــال المتفوقيـــن عقليا يتمتعون بمستوى مرتفع من اللياقة البدنية بوجه عام . فعند الميلاد يزيد هـــؤلاء الأطفال بمقدار ٤ / ٣ الرطل فى المتوسط عن الأطفال العادييـــن . كما انهم يكونون اكثر طولا واكثر قوة عن غيرهم مـــن الأطفـــال . يـــتعلم الأطفال المتفوقون المشى قبل الأطفال العادييـــن بحوالـــى شهر ، كما انهم يبدأون الكلام قبل الأطفال العادييـــن بمقـــدار ثلاثة شهور ونصف . كذلك فإن الفترة التى يقضـــيها الأطفال المتفوقون فى النوم كانت أطول من فترة نوم الأطفـــال العاديين . ونتيجة لبعض الفحوص الطبية التى أجريت

علـــى مجموعـــة الأطفال المتفوقين وجد أن نسبة حالات سوء الـــتغذية ، وامراض الأسنان ، والاضطرابات الحسية كانت اقل بالمقارنـــة بغيرهم من الأطفال العاديين . هذا ، ويمكن تلخيص النـــتائج الـــتى أظهـــرتها دراســـة تاريخ الحالة الصحية تقدم مجموعـــة المتفوقيـــن فـــى بعض مظاهر النمو الجسمى ومن بينها :

١ - وزن اكبر عند الميلاد

٢ - المشى والكلام فى وقت مبكر

٣ - البلوغ فى وقت مبكر

٤ - ظهور مبكر للأسنان

٥ - تغذية أعلى من المتوسط

٦ - زيادة فى الطول والوزن واتساع الكتفين

٧ - قدرة حركية عالية

٨ - عيوب حسية اقل

٩ - درجة اقل من عيوب النطق والأعراض العصبية

٣ — الخصائص العقلية والتعليمية

كـــان قـــد تم التعرف على التفوق العقلى ــ فى دراسة تـــيرمان ــ عندما كان الأفراد أطفالا صغارا . فى عام ١٩٤٠ أعـــيد اختيار هؤلاء الأفراد باستخدام اختبار ذكاء صعب خاص بالراشـــدين وذلـــك بهـــدف تحديـــد مـــا إذا كان هؤلاء الأفراد يحـــتفظون بتفوق ذكائهم . عند إعادة الاختبار لم يظهر أي من أفـــراد الدراســـة ارتـــدادا إلـــى مستوى ذكاء الشخص الراشد المتوســـط ، ولم يقع اكثر من ١٠ % منهم فى مستوى اقل من المبينى ٨٥ . استخلص تيرمان من هذا الدراسة أن المجموعة ككـــل احتفظت بالتفوق العقلى على الرغم أن بعض الأطفال لم يحـــتفظوا بدرجـــة تفوقهـــم . كقاعدة عامة ، يقول تيرمان أن الطفل المتفوق ظل على تفوقه .

مـــن الناحـــية التعليمـــية ، أظهرت الدراسة أن معدلات الالتحاق بالجامعات ٩٠ % للذكور و ٨٦ % للإناث ، ومعدلات الانـــتهاء مـــن الدراسة الجامعية ٧٠ % للذكور و ٦٧ للإناث تـــبلغ ثمانـــية أمثال المعدلات عند الجمهور بوجه عام . وعلى الـــرغم من أن هؤلاء الأفراد انهوا تعليمهم بمقدار سنة اقل من

الســن المتوســط ، فــإن الدراسة أوضحت انهم خلال حياتهم الدراسية شاركوا فى الأنشطة خارج المقررات الدراسية بمعدل اكبر من المعتاد

٣ — الميول و الاهتمامات

فــى المجالات الدراسية ، أوضحت الدراسة أن الأطفال الموهوبيــن كــانون يبدون ميولا اكثر من المجموعة الضابطة تجاه الموضوعات المجردة كالأدب والتاريخ القديم ، وكانوا اقل مــيلا إلى الموضوعات العملية التى تتطلب أداء يدويا . لقد بدا أن مجموعة المتفوقين كانت اقل ميلا تجاه الأنشطة الاجتماعية بالمقارنة بالمجموعة العادية ، فقد اظهر المتفوقون رغبة أقوى فى اللعب مع طفل واحد أو اثنين على الأكثر

سمات الشخصية

عــند تطبــيق بطاريــة تضم سبعة اختبارات للشخصية اتضــح أن الأطفــال المتفوقيــن أعلى من المتوسط فى جميع الســمات ، فهــم لا يــبالغون فى أقوالهم ، ولا يغشون ، وتدل تصرفاتهم على النضج ويتمتعون بالاتزان الانفعالى .

الصحة النفسية والتوافق

أثــناء تتبع أفراد الدراسة كان أحد مجالات البحث يدور حــول الصــحة النفســية والتوافق . اظهر ٨٠ % من الأفراد المتفوقيــن درجــة مرضــية من التوافق ، واظهر ١٥ % من الأفــراد قــدرا مـــن سوء التوافق ، فى حين اتضح أن ٥ % يعـــانون مـــن ســـوء التوافق بدرجة خطيرة . يعتبر هذا كانوا يشـــغلون وظـــائف مهنية أو شبه مهنية ، فى حين أن ١٤ % فقــط مـــن أفـــراد المجـــتمع العام هم الذين يشغلون مثل هذه الوظـــائف . كذلك اتضح أن دخل الفرد ــ فى المتوسط ــ داخل مجموعة المتفوقين كان أعلى من دخل الفرد العادى .

الفئات الخاصة من الأطفال الموهوبين

الأطفال الموهوبون لا يكونون جماعة متجانسة بحال من الأحـــوال ممـــا ترتب عليه صعوبة وضع برنامج تعليمى موحد لجمـــيع هؤلاء الأطفال ، يمكن تمييز ثلاث فئات من الموهوبين هى : ــ

١ - الطفل الموهوب منخفض التحصيل

٢ - الطفل عالى الموهبة

٣ – الطفل الموهوب المصاب بإعاقة

وفيما يلى نعرض بشئ من الإيجاز هذه الفئات الثلاث :

الطفل الموهوب منخفض التحصيل

يوجـد بين الأطفال الذين يتمتعون بقدرة عقلية متفوقة حـالات يعـانى أصـحابها مـن انخفـاض مستوى التحصيل الدراسـى ، وربمـا اكـثر من ذلك أننا قد نجد حالات من بين هـؤلاء الأطفال يفشلون فى الدراسة تماما . ولعل هذه الحقيقة فـى حـد ذاتها توضح أن النجاح الدراسى بل والحياة الناجحة بصفة عامة تتطلب اكثر من مجرد القدرة العقلية العالية .

لقـد أجريت مجموعة كبيرة من الدراسات على الأطفال الموهوبيـن منخفضـى التحصيل.قام جوان ١٩٥٧ بتلخيصها وخـرج مـن نتائج هذه الدراسات المختلفة بتعريف لهذا النوع مـن الأطفـال . يقول جوان أن الطفل من هذا النوع هو طفل يعتبر جانحا من الناحية العقلية ويميل إلى الانسحاب عن تحقيق الأهـداف والأنشطة والمشاركة الإيجابية فى الحياة الاجتماعية بوجه عام .

فى عام ١٩٦٠ قام جالا جر بدراسة هذه الظاهرة بشئ مـــن التفصـــيل وخرج من ذلك بمجموعة من الأحداث المتتابعة الـــتى يمكن أن تؤدى إلى انخفاض مستوى التحصيل عند بعض الأطفـــال الموهوبيـــن . وقد لخص هذه السلسلة المتتابعة من الأحداث على النحو التالى .

أ ـــ يوجـــد الطفـــل فـــى محـــيط أسرى لا يولى اهتماما كبيرا بالتعليم ، ولا يتوفر فيه تقدير للاستقلال والاعتماد على الـــنفس ، كمـــا لا يوجد تقدير من جانب الأسرة للإنجاز والتحصيل من جانب الأبناء .

ب ـــ يرتب على مثل هذا الوضع أن تضعف العلاقة بين الطفل والوالدين إلى حد أن الأب ـــ بصفة خاصة ـــ لا يبدى أي نوع من الاهتمام بالشؤون التعليمية للطفل .

ج ـــ فـــى ظـــل هـــذا الموقـــف يفشل الطفل فى الحصول على الإشـــباع والرضا من خلال العلاقات الأسرية مما يضطره إلـــى البحـــث على الإشباع الذى يحتاجه لارضاء علاقاته الإنســـانية ، ويجد هذا الإشباع عادة فى جماعة الرفاق . ولمـــا كانـــت هـــذه الجماعـــة تشارك الطفل فى المشاعر

السلبية تجاه الأسرة يتكون بذلك اتجاه من التمرد والعصيان ضد الأسرة والمدرسة أيضا

د – يبدأ هؤلاء الأطفال فى إثارة الشغب فى الإطار المدرسى لانهم لا يجدون فى المدرسة ما يرضيهم ، بل يجدون معاملة أشبه ما تكون بالمعاملة التى يلقونها فى أسرهم ، ومن ثم يبدأ صراع هؤلاء الأطفال مع السلطة المدرسية .

يترتب على ذلك وجود سلطتين معارضتين فى حياة هؤلاء الأطفال هما سلطة الأسرة وسلطة المدرسة .

هـ – عندما تلجأ المدرسة إلى زيادة إجراءاتها العقابية ضد هؤلاء الأطفال يجدون أنفسهم خارج المدرسة ، ومن ثم يواجهون الفشل فى دراستهم .

ويقول جالاجر ١٩٦٤ أن الغالبية العظمى من الأطفال من هذا النوع يأتون من بيئات منخفضة المستوى حيث لا تقدر الأسرة مدى أهمية التعليم بالنسبة لابنائها .

٣ — الطفل عالى الموهبة

أن نسبة الأطفال الذين يحصلون على نسب ذكاء ١٧٠ فأكثر تعتبر نسبة منخفضة للغاية . يقدر دهان

وهافجهرت ١٩٥٧ انه يوجد بين كل ألف طفل ، طفل واحد يحصل على نسبة ذكاء ١٦٠ فأكثر . ويقدر هولنجورث أن واحدا من بين كل مليون طفل يحصل على نسبة ذكاء تزيد عن ١٨٠ . فى الدراسة التى قام بها تيرمان و أودين ١٩٤٧ تمت مقارنة ٨١ طفلا من الحاصلين على نسبة ذكاء ١٧٠ فاكثر بمجموعة من الأطفال الموهوبين الآخرين الأقل فى نسب الذكاء ولعل من ابرز نتائج هذه الدراسة ما اتضح من أن أطفال المجموعة الأولى تفوقوا فى القراءة فيما بين سن الثالثة والخامسة . وعلى الرغم من أن هؤلاء الأطفال حصلوا فيما بعد على تقديرات تتراوح بين ضعيفة ومتوسطة .

كذلك ظهر أن الأطفال الذين حصلوا على درجات مرتفعة نسب الذكاء لم يحصلوا على درجات عالية فى مقاييس التوافق الاجتماعى ، وكان أداء هؤلاء الأطفال فى الأنشطة الاجتماعية ضعيفا . نسبة تبلغ الثلثين من الإناث فى هذه المجموعة عملن فيما بعد ببعض الأعمال الكتابية أو اصبحن ربات بيوت .

من الواضح من الدراسات القليلة المتاحة أن الطفل الذى يمتلك نسبة عالية بتطرف من الذكاء يواجه صعوبة فى تحقيق

الـــتوافق الشخصـــى والاجـــتماعى اكثر مما يواجه الطفل الذى يحصـــل علـــى نســـبة ذكاء تقع ما بين ١٣٠ و ١٥٠ ، إلا إذا أتيحـــت الفرصة للحصول على اهتمام خاص من جانب الوالدين والمدرســـين . لعـــل الأســـباب فـــى مثل هذه الصعوبة متعددة وتتضـــمن الآثـــار المترتبة على تجاهل الكبار ، ورفض جماعة الرفاق ، والانحراف الواضح عن بقية أفراد المجتمع فى نظامه القـــيمى . إلا أن صـــعوبات الـــتوافق يسهل تفسيرها من خلال التـــباعد فـــى مظاهر النمو . تنمو قدرات الطفل العقلية بمعدل يـــبلغ تقريبا ضعف السرعة العادية ، ومن الصعب تماما توقع عملـــيات جسمية وانفعالية تساير مثل هذا النمو العقلى السريع فـــى وجود هذه الحالة من عدم الانتظام فى النمو ، يصبح هذا الطفـــل غريـــبا فـــى وســـط أية جماعة من الأطفال العاديين . وعـــندما يعـــامل هذا الطفل طبقا لمستواه العقلى ، فانه سوف يبدو شاذا فى خصائصه الجسمية والاجتماعية وربما الانفعالية أيضا .

٣ — الطفل الموهوب المصاب بإعاقة

الحقـيقة القائلـة بأن الأطفال الموهوبين ــ كجماعة ــ يتمتعون بحالة جسمية وصحية متفوقة لا تغنى أن جميع هؤلاء الأطفـال أصحاء أو يتمتعون بحدة سمع أو حدة أبصار سليمة تمامـا ، أو انهم ممتازون رياضيا دائما . أننا نجد أحيانا أطفالا موهوبين فيما بين الأطفال المعوقين .

كانت هيلين كيلر ــ على سبيل المثال ــ صماء عمياء ، ولـولا تفوقهـا العقلى ودأبها المستمر لما كانت قد نجحت فى نشاطها الدراسى . وكان فرانكلين روزفلت ــ الرئيس الامريكى الأسبق ــ مصابا بشلل الأطفال ، وكان عالم الفيزياء المشهور سـتنيمتز مصـابا بتشـوه القـوام ، وقام بيتهوفن الموسيقى المعـروف ــ بتألـيف موسيقاه حتى بعد أن فقد السمع . تضم مؤسسات ومعاهد الأطفال المعوقين بدنيا ، وفصول المضطربين انفعالـيا والجانحيـن أطفـالا يحصلون على درجات عالية من الذكـاء . بوجـه عام يمثل ذكاء هؤلاء الأطفال ميزة كبرى فى التغلب على إعاقاتهم .

الاستراتيجيات التعليمية للأطفال الموهوبين

تخطيط البرامج التعليمية

تتطلب عملية تخطيط برامج تعليمية ملائمة للأطفال الموهوبين قدرا كبيرا من العمل المضنى ، والتعاون المثمر بين المسؤولين المدرسيين والأباء والمجتمع العام والتلاميذ الموهوبين أنفسهم أيضا . أن الموهوبين ــ كأفراد أو كجماعة ــ يختلفون عن غيرهم من التلاميذ فى القدرة على التعلم بمعدل أسرع وقدرتهم الأكبر على التذكر ، كما انهم يستطيعون استخدام ما يتعلمونه فى التفكير بطريقة اعمق .

لما كان الموهوبون يمثلون نسبة ضئيلة فى أي مجتمع مدرسى ، فإن هذه الحقيقة تفرض الآخذ بعين الاعتبار مجموعة من المظاهر الضرورية فى تخطيط المناهج التعليمية . أن بعض الاعتبارات مثل حجم المجتمع ونوعيته بما فى ذلك القيم والاتجاهات السائدة فيه ، والمستويات التعليمية العامة ، ونوع القيادة السياسية والاجتماعية ، تؤثر على مقدار الجهد المبذول لتوفير برامج للموهوبين من أفراد هذا المجتمع .

عند تخطيط برنامج تعليمى للأطفال الموهوبين تؤخذ الاعتبارات التالية عادة فى الاعتبار وهى : —

١ - أن تعمل الهيئة الإدارية التعليمية على القيام باختيار لجنة إرشادية من رجال العلم للمشاركة فى تخطيط الجوانب المختلفة للبرنامج التعليمى .

٢ - عندما يتم تخطط البرنامج لا بد من شرحه وتفسيره وبيان أهدافه للمجتمع المحلى .

٣ - حصر جميع التنظيمات والجمعيات والأنشطة المجتمعية التى يمكن أن تلعب دورا فى تحقيق أهداف البرنامج الموضوع .

٤ - توفير الخطط الملائمة لاستغلال جميع المصادر المتوفرة فى المجتمع .

٥ - بعد أن يبدأ تنفيذ البرنامج يتم تقييم دورى وتقدم تقارير دورية للمجتمع عن التقد الذى يحرزه البرنامج .

بدون التخطيط الجيد للبرامج التعليمية للموهوبين القائمة على حاجاتهم وميولهم وعلى قدراتهم الخاصة على الأداء ، يبقى هؤلاء الأطفال دون أن يواجهوا أي نوع من التحدى

لطاقـــاتهم وإمكانـــياتهم مـــن خـــلال البرامج التعليمية أو الخبرات العملية .

بوجـــه عـــام ، كثر من التلاميذ الموهوبين يؤدون أداء جـــيدا فى العمل المدرسى حتى وان لم يتوفر لهم قدر كبير من الانتـــباه والاهـــتمام . لعـــل ذلك هو الذى أدى ببعض المربين وغـــيرهم إلـــى اعتناق الاتجاه بأن الأطفال الموهوبين قادرون علـــى العـــناية بأنفســـهم ، ممـــا ترتب عليه أن تجاهل هؤلاء المـــربون فـــى كثير من الأحيان البرامج الخاصة لتنمية قدرات هؤلاء الأطفال إلى أقصى حد ممكن .

نظرا للميول الواسعة للأطفال الموهوبين وتعطش هؤلاء الأطفال للمعرفة ، فانهم بوجه عام يشاركون من تلقاء أنفسهم فى أشكال كثيرة ومتنوعة من الأنشطة . قد يفرض هذا مشكلة علـــى القائميـــن بتخطيط البرامج ما لم يكونوا مدركين للمدى الواسع من الميول التى يمتلكها الأطفال الموهوبون .

الاستراتيجيات التعليمية

يمكن تصنيف الأساليب التنظيمية الرئيسية لتعليم الأطفال الموهوبين في ثلاث استراتيجيات عامة هي : —

١ – الاستراتيجية التى تقوم على الإسراع فى العملية التعليمية وتخطى بعض الصفوف الدراسية .

٢ – اســـتراتيجية الإثـــراء التعليمى الذى يتم فى نطاق الفصل الدراسى العادى .

٣ – اســـتراتيجية المجموعـــات الخاصة أو مجموعات القدرات وتنفذ من خلال المدارس الخاصة أو الفصول الخاصة .

بوجه عام ، لا يمكن القول بأن إحدى هذه الاستراتيجيات تتفوق على الاستراتيجيات الأخرى بصفة مطلقة . إلا انه نظرا لان الفـــروق الفـــردية فيما بين الأفراد الموهوبين لا تقل عن الفـــروق الفـــردية الـــتى نجدهـــا بين أفراد أية جماعة بشرية أخرى ، فمن الضرورى أن يؤخذ الطفل الموهوب كوحدة كاملة فى الاعتبار عند تطبيق أي من هذه الاستراتيجيات المختلفة .

فـــى ضـــوء هـــذه الملاحظة العامة يمكن أن نستعرض الاستراتيجيات المختلفة بشئ من التفصيل .

أولا : استراتيجية الإسراع التعليمى

تشـــير استراتيجية الإسراع التعليمى إلى ذلك النوع من الخدمات المدرسية الذى يسمح للتلميذ الموهوب بالتقدم بمعدل أســـرع مما هو معتاد بالنسبة للتلاميذ العاديين . معنى ذلك أن الطفل المتفوق يستطيع أن ينتهى من مرحلته التعليمية فى عمر زمـــنى مـــبكر . الاعتـــبار الاساسى فى مثل هذه الحالة هو أن يكـــون الطفل قد حقق نوعا من النضج العقلى بشكل أسرع من الطفـــل العـــادى ، ومـــن ثم يكون قادرا على مواجهة متطلبات الـــتعلم حـــتى وان لـــم يكـــن يستوفى السن القانونية للالتحاق بالمدرســـة يحـــدد هـــذا الســـن عـــادة بخمس سنوات لرياض الأطفال ، وست سنوات للصف الأول الابتدائى .

بعـــض الممارســـات التى تستخدم فى الوقت الحاضر فى إطار الـــنظم المدرســـية العادية لتحقيق الإسراع التعليمى للأطفال ، إضافية تقدم فى المرحلة الثانوية أو الجامعة .

٦ - تقديـــم مقـــررات على المستوى الجامعى لتلاميذ المرحلة الثانوية .

٧ - الالتحاق المبكر بالكليات الجامعية

٨ - الدراسة المستقلة فى المدرسة الثانوية أو الجامعة .

نتاول فيما يلى بعض هذه الأساليب للإسراع فى العملية بشئ من التفصيل .

١ — الالتحاق المبكر برياض الأطفال

من نتائج الدراسة التى أجراها ووستر ١٩٥٦ اتضح انه علــى الــرغم مــن الــتحاق بعض الأطفال الموهوبين برياض الأطفــال فى سن مبكر بحوالى ثمانية شهور فى المتوسط عن زملائهــم ، فانــه لــم يجد فرقا بين الأطفال الموهوبين وبين زملائهــم الأكــبر سنا سواء فى النمو الجسمى ، أو من ناحية الــتقدم فــى التحصــيل الدراســى ، أو فى التوافق الاجتماعى والانفعالى ، أو فى تقبل الطفل من زملائه .

ومــن الدراســة الــتى قام بها بيرش ١٩٥٤ وجد أن الأطفــال المتفوقين الذين بدأوا دراستهم فى سن مبكرة ، كانوا اكثر تفوقا على زملائهم بناء على تقييما المدرسين لكل منهم .

٢ - تخطى بعض الصفوف الدراسية

فــى ظــل هــذا الأســلوب يتخطى الطفل المتفوق أحد الصفوف الدراسية وينتقل مباشرة إلى السف الذى يليه . جاءت

نتائج دراسات تيرمان واخرون مؤيدة للرأي القائل بأن الأطفال المتفوقيـــن الذين تخطوا أحد الصفوف الدراسية اظهروا تفوقا فـــى الـــنواحى الاجتماعية والتعليمية والمهنية اكثر مما حققه غـــيرهم مـــن الأطفـــال المتفوقيـــن ـــ المساوين لهم فى نسب الذكـــاء ـــ ولكـــنهم لـــم يتخطوا أيا من الصفوف الدراسية فى برامجهم التعليمية .

٣ — تركيز المقررات الدراسية

يشعر بعض الأخصائيين بأن تخطى الطفل لاحد الصفوف الدراســـية قد يترتب عليه وجود نوع من الفراغ أو الفجوة فى خـــبرة الطفـــل ، لذلك قامت بعض النظم التعليمية بعملية تركيز للمقـــررات الدراســـية . تتيح سياسة تريز المقررات أن ينتهى التلميذ من المقررات الدراسية المطلوبة فى فترة زمنية تقل عن الفـــترة الزمنية المعتادة للانتهاء من هذه المقررات . فى إحدى هـــذه السياسات والمعروفة باسم البرنامج الابتدائى غير محدد الصفوف يقوم الطفل بدراسة مقررات مفروض أنها تقدم للطفل علـــى مدى ثلاث سنوات إذا انتهى أحد الأطفال من دراسة هذه

المقررات فى فترة زمنية تقل عن ثلاث سنوات يمكن أن ينتقل الطفل إلى الصف الرابع .. وهكذا .

٤ — الالتحاق المبكر بالجامعة

يترتب على التحاق المتفوق بالمدرسة الابتدائية فى سن مبكرة وعلى تخطى هذا الطفل لبعض الصفوف الدراسية ، وعلى الاستفادة من نظام تركيز المقررات ، يترتب على ذلك أن يلتحق هذا الطفل بالجامعة فى سن مبكر أيضا قام بريس ١٩٤٩ بتلخيص نتائج الدراسات التى أجريت فى هذا المجال ، وأشار إلى أن الشواهد تدل على أن الأطفال الذين التحقوا بالجامعات فى سن مبكر نظرا لتفوقهم فى مراحل التعليم العام ، حققوا تقدما اكثر من زملائهم ، علاوة على انهم حصلوا على افضل التقديرات فى دراساتهم الجامعية . وعندما أجريت دراسة على طلبة الكليات الذين التحقوا بها فى سن مبكر أمكن استخلاص النتائج العامة الآتية : —

أ — كانت انطباعات المسؤولين بالكليات وأولياء الأمور إيجابية تماما .

ب ــ حصــل الطــلاب المقبولون فى هذا البرنامج على افضل الدرجات .

ج ــ التحق عدد كبير من طلاب هذا البرنامج بالدراسات العليا فى كلياتهم .

عــند محاولة تقييم استراتيجية الإسراع التعليمى للأطفال الموهوبين ــ فى ظل السياسات سالفة الذكر أو غيرها ــ نجــد بعض الاعتراضات إلى أثيرت حولها . يرى البعض أن الإســراع التعلــيمى يضع الطفل فى مواقف بيئية غير مفضــلة مــن الناحيتين الاجتماعية والانفعالية مما يؤثر علــى توافقه الاجتماعى والانفعالى بصفة عامة . إلا انه علــى الرغم من مثل هذه الاعتراضات التى سادت لفترة من الوقت ، فان الدراسات التى أجريت فى هذا المجال لم تؤيد بشكل قاطع أية نتائج سلبية واضحة لبرامج الإسراع التعلــيمى للأطفــال الموهوبين كلوسميير وريبل ١٩٦٢ كلوسميير وجودوين وروندا ١٩٦٨ .

فــى ظــل اســتراتيجية الإســراع التعليمى فان الفروق الفــردية فيما بين التلاميذ تتضح فى الميول الخاصة والدافعية

للـــتعلم ، والحاجات والأهداف بالنسبة للتلاميذ الموهوبين ، كما تتضـــح قدراتهـــم على المنافسة الأكاديمية . إلا أن يجب النظر إلـــى اســـتراتيجية الإسراع التعليمى على أنها مسألة فردية يتم فـــيها تقيـــيم كل تلميذ طبقا لاستحقاقه الذاتي . كذلك فان كمية الإسراع تعتمد على هذه الاعتبارات الفردية .

ثانيا : استراتيجية الإثراء التعليمى

تشـــير اســـتراتيجية الإثـــراء ــ كأسلوب تعليمى ــ إلى إدخـــال ترتيـــبات إضافية وخبرات تعليمية يتم تصميمها بهدف جعـــل الـــتعلم ذا معـــنى اكثر كما يكون مشوقا بدرجة اكبر يتم تحقـــيق الإثراء التعليمى بوجه عام فى نطاق الفصول الدراسية العاديـــة ، ويعتـــبر اقل استراتيجيات تعليم الأطفال الموهوبين عرضـــه للجـــدل والخـــلاف . ومـــن ناحـــية أخرى ، فان هذه الاســـتراتيجية اقـــل تكلفـــة مـــن غيرها وتتطلب قدرا اقل من الاهتمام التنظيمى والإداري فى ظل هذه الاستراتيجية ينظر إلى مـــدرس الفصـــل العـــادى علـــى انه المصدر الرئيسى للإثراء التعلـــيمى لتلامـــيذه . إلا انه فى السنوات الأخيرة بدأ المدرس العـــادى يحصل على مساندة من بعض الأخصائيين الذين تلقوا

تدريــبا إضـــافيا خاصـــا على العمل مع الأطفال غير العاديين. بيرت ١٩٧٥ .

عـــندما لا تتوفر الفرص أمام الطفل الموهوب للاستفادة مـــن اســـتراتيجية إسراع العملية التعليمية ، يعتقد البعض بأن الاســـتفادة يمكـــن إن تـــتحقق بواســـطة اســـتراتيجية الإثراء التعليمى .

عرف جالاجر ١٩٥٩ عملية الإثراء التعليمى بأنها نوع مـــن النشاط التعليمى يكرس بهدف استثارة النمو العقلى عند الأطفـــال الموهوبيـــن وتنمـــية مهاراتهم العقلية إلى أقصى حد ممكن وقد ضمن جالاجر هذه المهارات العقلية ما يأتى : ــ

أ ــ إدراك المفاهيم

ب ــ تقييم المعلومات والحقائق تقييما ناقدا .

ج ــ خلق أفكار جديدة

د ــ استخدام التفكير فى حل المشكلات

هـ ــ فهم المواقف المختلفة .

مــن الناحــية التطبيقــية اتخــذت اســتراتيجية الإثراء التعلــيمى مجموعــة مــن الأشكال ممن تلخيصها على النحو التالى : ــ

١ - أن يعمل المعلمون فى الفصول العادية على تشجيع الأطفال الموهوبيــن على التحصيل وذلك من خلال إعطائهم بعض الواجبات الإضافية واشراكهم فى الأنشطة المختلفة .

٢ - العمــل على تجميع التلاميذ المتفوقين فى مجموعة واحدة ممــا يتــيح الفرصة أمامهم للعمل سويا ومما يترتب عليه المنافسة فيما بينهم .

٣ - تقديــم بــرامج تعليمــية إضــافية للأطفال الموهوبين فى المدارس الابتدائية .

٤ - الاســتعانة بــأحد الأخصــائيين فى التربية الخاصة ــ فى مجال التفوق العقلى ــ تكون من واجباته .

أ ــ التعرف على حالات التفوق العقلى .

ب ــ مســاعدة المدرس العادى على توفير مواد تعليمية جيدة يستفيد منها الطفل المتفوق .

ج ـ القيام بالعملية الإرشادية للطفل المتفوق فيما يتعلق بالأنشطة المختلفة . خارج الفصل الدراسى

د ـ عقد اجتماعات مع الأطفال الموهوبين ، وحلقات بحث لمناقشة بعض القضايا التى تهمهم .

٥ - أن يعمد المعلمون إلى وضع امتحانات عالية المستوى للأطفال المتفوقين ، ومساعدة هؤلاء الأطفال على تحقيق الروح الاستقلالية .

فى ظل استراتيجية الإثراء التعليمى يتاح الوقت اللازم بما يسمح بدرجة اكبر من التعمق ـ أي الإثراء الأفقي ـ أو بدرجة اكبر من التحدى والمواجهة على مستوى أعلى من مستوى الصف الدراسى للتلميذ ، أي الإثراء الراسي كذلك لا بد أن تتاح الفرصة لوقت إضافي للتعبير الابتكارى ونمو القدرات الخاصة . على ان نجاح هذه الاستراتيجية يتطلب قدرا كبيرا من المعرفة والفهم والأصالة .

ثالثا : استراتيجية مجموعات القدرات

فى ظل استراتيجية مجموعات القدرات يتم ضم الأفراد المتشابهين أو المتجانسين فى القدرات والميول الخاصة إلى

بعضـــهم الـــبعض بهـــدف تحقـــيق اكبر قدر ممكن من التقدم الأكاديمـــي وتنمـــية المواهـــب الخاصـــة . يوجد كثيرون ممن يعـــتقدون بأن المجموعات المتجانسة ربما كانت افضل الطرق الـــتى يمكـــن أن تكيف وتعدل طبقا للحاجات التعليمية للأطفال الموهوبيـــن ، والـــتى يمكـــن أن تؤدى إلى نمو مواهب هؤلاء الأطفـــال . إلا انـــه رغم ذلك أثيرت العديد من التساؤلات حول مـــدى فعالية هذه الاستراتيجية التى ولدت قدرا بير من الحوار والجدل .

يـــرى الـــبعض أن مجرد تنسيق تضييق مدى القدرة فى الفصـــل الدراسى الابتدائى على أساس مقياس ما للقدرة العامة بدون توافر برنامج تعليمى جيد التخطيط ـــ سواء فى المحتوى أو الطريقة ـــ سوف لا ينتج عنه سوى تغير ايجابى ضئيل فى التحصيل الاكاديمى للتلاميذ دولد بيرج واخرون ١٩٦٦ .

وفـــى عدد من الدراسات التى أجريت فى بريطانيا حول سياســـة التقســـيم إلـــى مجموعات قدرات ، كانت النتائج أيضا مثـــيرة للجـــدل ولـــم تكن واضحة بدرجة افية بريدجز ١٩٧٥ دانيالز ١٩٦١ .

يعتبر أسلوب المسارات المتعددة الذى يوزع فيه التلاميذ مـــن مستوى صف واحد إلى عدد من المسارات غالبا ما تكون ثلاثة أسلوبا آخر من أساليب استراتيجية مجموعات القدرات . فـــى مـــثل هذا الأسلوب يوضع التلاميذ الذين يتميزون بسرعة التعلم ، والذين يتعلمون بمعدل متوسط ، والذين يتعلمون ببطء علـــى الـــتوالى فى مجموعات فى إطار فصول أو برامج تتوفر فيها توقعات ومطالب مختلفة من أطفال كل مسار من المسارات الثلاثة . يتضمن هذا الأسلوب عددا من العوامل والمشكلات من بينها ما يأتى : ـــ

١ ـ يجب أن تسمح أساليب التعليم بأقصى حد ممكن من التعلم لكل تلميذ بغض النظر عن المسار الذى يوضع فيه .

أن الواجبات المعطاة لتلاميذ المسار المعين يجب إلا تظل ثابـــتة بمجـــرد عملية التقسيم ، بل يتطلب الأمر تقييما مستمرا لتقدم كل تلميذ .

٣ ـ مشـــاعر التلمـــيذ وانفعالاته النابعة من كونه يحمل مسمى معيـــن طـــبقا للمسار الذى يوضع فيه يجب ان توضع فى الاعتبار .

مـــن الواضح أن هناك حاجة إلى مزيد من البحوث فيما يتعلق بسياسة مجموعات القدرات سواء من وجهة نظر قبولها بوجـــه عـــام ، أو مـــن ناحية تأثيرها على التحصيل الاكاديمى والتوافق الشخصى والاجتماعى للأطفال .

الدافعية عند الطفل الموهوب

بغـــض الـــنظر عن الاستراتيجية المستخدمة فى تخطيط الـــبرامج التعليمية للأطفال الموهوبين ، فان الأساليب التعليمية المســـتخدمة لا بـــد وان توفـــر الدافعـــية اللازمة عند كل طفل للتحصيل والإنجاز وتحقيق التقدم وتنمية الموهبة .

الدافعـــية هل تلك العملية التى تحث الأفراد إلى الفعل والعمل . يعـــتقد كثـــير من المربين وعلماء النفس ان الدافعية تعتبر أحد المتغيرات بالغة الأهمية التى تحكم عملية التعلم . فيما كتب فى علم النفس فى هذا المجال نستطيع ان نميز نوعين من الدافعية همـــا : الدافعية الداخلية والدافعية الخارجية . ينبع النوع الأول من الدافعية ويوجه من داخل الفرد نفسه ينظر ما سلو ١٩٧٠ إلى هذا النوع من الدافعية على انه أحد مظاهر الشخصية لدى الأفـــراد الذيـــن يعيشون حياة تتميز بالفعالية والابتكار والذين

يكونـــون علـــى وعى بقدراتهم الذاتية ويستغلون هذه القدرات بأفضـــل الســـبل الممكـــنة . يصف ما سلو هؤلاء الأفراد بأنهم قادرون على تحقيق ذواتهم .

مـــن ناحـــية أخـــرى فـــان الأفعال التى تتحقق نتيجة للأشكال المخـــتلفة من وجه تأثيره على السلوك . من الحقائق المعروفة أن التدعـــيم المقصـــود لاى شكل من أشكال السلوك يقوى هذا الســـلوك ويثبـــته . والطفل الموهوب ــ كغيره من الأطفال ــ يســـتجيب بشـــكل إيجابـــي ومرغوب فيه لمثل هذه المدعمات الخارجـــية كالتميـــير مـــن جانب الزملاء والكبار ، والدرجات المرتفعة التى يحصل عليها ، والعضوية الشرقية التى تمنح له فى بعض الأنشطة الاجتماعية ، والتنافس الناجح للحصول على المـــنح الدراسية . مثل هذا النوع من التدعيم لا بد أن تهتم به أية استراتيجية تعليمية للأطفال الموهوبين .

اعتبارات عامة لوضع الطفل المتفوق فى أحد البرامج الخاصة

لا يوجد برنامج تعليمي واحد يصلح للتطبيق مع جميع الأطفال الموهوبين . أن كل طفل موهوب يعتبر حالة فريدة فى حد ذاته مـــن ناحـــية ، والأطفـــال الموهوبـــون ــ كجماعة ــ لا يمكن

تنظـيمهم فى إطار خطة تعليمية موحدة من ناحية أخرى . أن الجهـود الـتى بذلت لتقديم التعليم الملائم لهؤلاء الأطفال من خلال خطة موحدة ــ كالإسراع التعليمي أو الإثراء التعليمي أو مجموعـات القـدرات ــ ثبت أنها قد لا تكون ملائمة فى بعض المواقف مع بعض الحالات .

أن أتخـاذ قرار بشأن تحديد الوضع التعليمى للطفل المتفوق ، وطريقة تنظيم الخطة التعليمية التى تلائمه ، واختيار الأساليب والمواد التعليمية المستخدمة ، كل ذلك يعتمد ــ إلى حد كبير ــ على نمط طفل معين من ناحية ، وعلى الاستعدادات والإمكانيات المـتاحة لجميع الأطفال فى النظام المدرسي من ناحية أخرى ، يصبح من الضروري ــ نتيجة لذلك ــ ان الطفل الموهوب لا بد أن يقـيم فـى إطـار قدراتـه ونواحى الضعف فيه ، وميوله و عاداته ، وبيئته المنزلية والقيم الاجتماعية السائدة فيها . لا شك أن البرنامج التعليمى للطفل يمكن ان يحدد على أساس من مـثل هـذا التقيـيم الشامل افضل مما يتحقق من خلال وضع بـرنامج تعلـيمى ومحاولـة ضم جميع الأطفال الموهوبين فى إطاره .

بعـض أشـكال التكيف والتعديل فى البرامج التعليمية للأطفال الموهوبين التى يجب عدم إغفالها تتضمن ما يأتى : —

١ - عـندما يكـون النمط النمائى للطفل فى المظاهر الجسمية والاجتماعـية والعقلية والتعليمية نمطا مسرعا بما يتجاوز العمـر الزمـنى للطفل ، فان أساليب الإسراع التعليمى فى إطار الفصل الدراسى ، يمكن أن تكون مفيدة وملائمة .

٢ - عـندما تكـون مظاهـر الـنمو فـى المجالات الجسمية والاجتماعية والانفعالية متمشية مع العمر الزمنى للطفل ، إلا أن التحصـيل الدراسى يحقق تقدما أسرع ، فان الفصل الخاص بالموهوبين قد يكون اكثر ملاءمة .

٣ - عـندما يكـون النظام التعليمى محدودا لا يتوافر فيه عدد كـاف مـن الأطفـال الموهوبيـن لنوع معين من الفصول الخاصة فان استراتيجيات الإثراء التعليمى وأساليب التعليم الفردى للطفل الموهوب فى نطاق الفصل العادى تكون أمر ضروريا .

٤ - عـندما يكـون الفصـل الدراسـى الذى وضع فيه الطفل المتفوق يضم عددا من الأطفال ممن لديهم درجات متطرفة

من الذكاء – حتى لو لم يكن هذا الفصل من فصول الموهوبين – فان أساليب إثراء البرنامج التعليمى قد تكون افضل من سياسة الفصل الخاص أو أساليب الإسراع التعليمى ، إذ أن كلاهما قد لا يكون ضروريا فى هذه الحالة .

٥ – عندما يكون الطفل موهوبا إلا انه منخفض التحصيل ، فلا بد من توجيه عناية خاصة إلى مشكلات هذا الطفل الاجتماعية والانفعالية ، أو أية جوانب ضعف أخرى . فى مثل هذه الحالة يصبح الإرشاد المكثف أو تربية الوالدين أو ربما التعليم العلاجى اكثر أهمية بالنسبة للطفل الموهوب من تحديد وضعه التعليمى فى أحد البرامج الخاصة .

٦ – عندما تكون أشكال التباعد الداخلى فى النمو ملحوظة تماما على الطفل ، كما هو الحال عادة مع الأطفال الذين يتميزون بالذكاء المتطرف ، فان طرق التعليم الفردى قد تكون ضرورية إذا كان الطفل غير قادر على تحقيق التوافق مع المواقف الأخرى .

٧ - عندما يشعر النظام الدراسى أن خطط الإثراء التعليمى فى إطار الفصول العادية هى انسب الخطط التعليمية المتاحة ، فـــان نظام المدرس الخاص أو المنسق للأطفال الموهوبين يعتـــبر اكـــثر ملائمـــة . يسود اعتقاد لدى الكثيرين أن من الأمـــور غير الواقعية أن نتوقع من كل معلم أن تكون لديه القـــدرة علـــى إدخال الإثراء التعليمى فى الفصل الدراسى العادى لمواجهة حاجات الأطفال الموهوبين . عدد كبير من المعلميـــن يحـــتاجون إلـــى مساعدة شخص متخصص أو تعضيد من أحد المرشدين .

٨ - لمـــا كانـــت كثير من الدراسات تشير إلى أن الإسراع فى التعليم من خلال القبول بالمدرسة أو بالجامعة فى سن مبكر لـــيس عاملا محددا للنمو الاجتماعى والانفعالى لدى معظم الأطفال الموهوبين ، فان مثل هذه الأساليب يجب أن تؤخذ بعيـــن الاعتبار . أن تحديد عمر زمنى معين كأحد متطلبات القبول بالمدارس أو الجامعات ــ كما هو الحال فى الغالبية العظمى من النظم التعليمية ــ يتجاهل عامل النضج العقلى للأطفـــال الموهوبيـــن الذيـــن يتجاوز مستواهم العقلى سن

الســـابعة أو الثامـــنة بـــل والتاسعة أحيانا فى الوقت الذى يسمح لهم فيه بالالتحاق بالمدرسة الابتدائية .

الممارسات التعليمية لمواجهة خصائص الطفل الموهوب

يمتلك الطفل الموهوب قدرات عقلية تمكنه من التحصيل الجـيد وبصـفة خاصـة فـى الموضوعات الدراسية للمرحلة الابتدائـية . يترتـب على ذلك ان يصبح من الضرورى إدخال بعـض الـتعديلات التعليمية المعينة وإجراء بعض التغيرات فى المـواد الدراسـية إذا أردنا لبرنامج تعليم الطفل الموهوب أن يكـون برنامجا ملائما ، سواء كان ذلك فى إطار فصل خاص ، أو خطة لإسراع التعليم ، أو فى إطار الفصل العادى .

يقـدم كـيرك ١٩٧٢ فـى هـذا المجـال مجموعة من المقـترحات للممارسـات التعليمـية بـناء على الفروق الكيمة والنوعـية بين الطفل الموهوب والطفل العادى . يمكن تلخيص هذه المقترحات فيما يلى : ــ

الخاصية : الطفل الموهوب يتعلم بمعدل أسرع من معدل تعلم الطفل العادى .

الـــتعديل التعلـــيمى : نظرا لسرعة الطفل الموهوب فى الـــتعلم فانـــه يتطلب قدرا اقل من تكرار المادة المتعملة . على ســـبيل المثال ، إذا تمكن الطفل الموهوب من الانتهاء من كتاب القـــراءة خـــلال أيام قليلة ، فانه لا يحتاج لان يقرا الكتاب مرة أخـــرى مع تلاميذ الفصل . فى هذه الحالة يجب ان يسمح لهذا الطفـــل بالتقدم فى قراءة كتب أخرى إضافية . ومن الضرورى فـــى هذه الحالة ان يتخذ المعلم جميع الاحتياطات اللازمة للتأكد مـــن أن الطفـــل قد اكتسب بالفعل التعلم الضرورى المتوقع من كتاب القراءة .

٢ - الخاصـــية : قـــدرة الطفل الموهوب على الاستدلال أعلى منها عند الطفل العادى .

محتويات الكتاب